



# Interprofissionalidade e formação na saúde: *onde estamos?*

Organizadora: Ramona Fernanda Ceriotti Toassi



*Série Vivência em Educação na Saúde - Vol.6*



# **Interprofissionalidade e formação na saúde:**

# *onde estamos?*

Organizadora: **Ramona Fernanda Ceriotti Toassi**



Série Vivência em Educação na Saúde

# **Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?**

**Ramona Fernanda Ceriotti Toassi**  
Organizadora

1ª Edição  
Porto Alegre/RS 2017  
Rede UNIDA

**Coordenador Nacional da Rede UNIDA**

Júlio César Schweickardt

**Coordenação Editorial**

Alcindo Antônio Ferla

**Conselho Editorial**

**Adriane Pires Batiston** – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

**Alcindo Antônio Ferla** – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

**Ángel Martínez-Hernández** – Universitat Rovira i Virgili, Espanha

**Angelo Steffani** – Universidade de Bolonha, Itália

**Ardigó Martino** – Universidade de Bolonha, Itália

**Berta Paz Llorido** – Universitat de les Illes Balears, Espanha

**Celia Beatriz Iriart** – Universidade do Novo México, Estados Unidos da América

**Denise Bueno** – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

**Dora Lucia Leidsen Correa de Oliveira** – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

**Emerson Elias Merhy** – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

**Francisca Valda Silva de Oliveira** – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

**Izabella Barison Matos** – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

**Héider Aurélio Pinto** – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

**João Henrique Lara do Amaral** – Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

**Julio César Schweickardt** – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil

**Laura Camargo Macruz Feuerwerker** – Universidade de São Paulo, Brasil

**Laura Serrant-Green** – University of Wolverhampton, Inglaterra

**Leonardo Federico** – Universidade de Lanus, Argentina

**Lisiane Bôer Possa** – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

**Liliana Santos** – Universidade Federal da Bahia, Brasil

**Luciano Gomes** – Universidade Federal da Paraíba, Brasil

**Mara Lisiane dos Santos** – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

**Márcia Regina Cardoso Torres** – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil

**Marco Akerman** – Universidade de São Paulo, Brasil

**Maria Luiza Jaeger** – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

**Maria Rocineide Ferreira da Silva** – Universidade Estadual do Ceará, Brasil

**Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira** – Universidade Federal do Pará, Brasil

**Renan Albuquerque Rodrigues** – Universidade Federal do Amazonas/Parintins, Brasil

**Ricardo Burg Ceccim** – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

**Rodrigo Tobias de Sousa Lima** – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil

**Rossana Staevie Baduy** – Universidade Estadual de Londrina, Brasil

**Simone Edí Chaves** – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Brasil

**Sueli Goi Barrios** – Ministério da Saúde – Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria/RS, Brasil

**Túlio Batista Franco** – Universidade Federal Fluminense, Brasil

**Vanderléia Laodete Pulga** – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

**Vera Lucia Kodjaoglanian** – Fundação Oswaldo Cruz/Pantanal, Brasil

**Vera Rocha** – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

**Comissão Executiva Editorial**

Janaina Matheus Collar

João Becon de Almeida Neto

**Projeto gráfica Capa e Miolo**

Editora Rede UNIDA

**Diagramação / Arte da Capa**

Junio Pontes

**Revisão**

Ramona Fernanda Ceriotti Toasi

**DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO-CIP**

I61 Interprofissionalidade e formação na saúde : onde estamos? [recurso eletrônico] / Ramona Fernanda Ceriotti Toassi, organizadora. – 1.ed. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017.  
p. : il. – (Série Vivência em Educação na Saúde)

ISBN: 978-85-66659-93-1  
DOI: 10.18310/9788566659931


1.Relações interprofissionais – Saúde. 2. Formação profissional. 3.Atenção primária à saúde. 4. Educação em saúde. 5. Graduação – Saúde. I. Toassi, Ramona Fernanda Ceriotti. II. Série.

CDU: 614:37  
NLM: WA18

Bibliotecária responsável: Jacira Gil Bernardes – CRB 10/463

Copyright © 2017 Ramona Fernanda Ceriotti Toasi.

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Brasileira Rede UNIDA  
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre – RS Fone: (51) 3391-1252 - [www.redeunida.org.br](http://www.redeunida.org.br)



## S u m á r i o

07

### FORMAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE: UM CAMINHO A EXPERIMENTAR E PESQUISAR

*Alcindo Antônio Ferla, Ramona Fernanda Ceriotti Toassi*

14

### A POTÊNCIA DA EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COLABORATIVAS NO TRABALHO EM SAÚDE

*Marcelo Viana da Costa*

28

### EDUCAÇÃO E PRÁTICA INTERPROFISSIONAL NO SUS: O QUE SE TEM E O QUE ESTÁ PREVISTO NA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE

*José Rodrigues Freire Filho, Cláudia Brandão Gonçalves Silva*

40

### EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COLABORATIVAS EM SAÚDE

*Marina Peduzzi*

49

### INTERPROFISSIONALIDADE E EXPERIÊNCIAS DE APRENDIZAGEM: INOVAÇÕES NO CENÁRIO BRASILEIRO

*Ricardo Burg Ceccim*

68

### FORMAÇÃO EM COMUM DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE: EXPERIÊNCIA DA UNIFESP, CAMPUS BAIXADA SANTISTA

*Angela Aparecida Capozollo*

81

### ATIVIDADE DE ENSINO INTEGRADORA DOS CURRÍCULOS NA GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA UFRGS: ENTRE O MULTIPROFISSIONAL, O INTERDISCIPLINAR E O INTERPROFISSIONAL

*Luciane Ines Ely, Ramona Fernanda Ceriotti Toassi*

99

### SOBRE OS AUTORES E AUTORAS



## *P r e f á c i o*

---

# **FORMAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE: UM CAMINHO A EXPERIMENTAR E PESQUISAR**

***Alcindo Antônio Ferla  
Ramona Fernanda Ceriotti Toassi***

## *I n t r o d u ç ã o*

---

A temática da formação em saúde na perspectiva da interprofissionalidade acompanha o debate sobre as mudanças na educação superior há alguns anos. O esgotamento da perspectiva da uniprofissionalidade se tornou mais evidente, no caso do Brasil, com os debates sobre a integralidade em saúde, em particular no nascedouro da Reforma Sanitária, que mobilizou fortemente a formação e o trabalho na saúde. Rubem Mattos (2004) constatou que o termo, registrado como diretriz constitucional para o Sistema Único de Saúde (SUS) e usado como bandeira de lutas para os movimentos de mudança na organização e no funcionamento do sistema de saúde nos últimos 30 anos, tem funcionado como imagem-objetivo ou ideia-força para produzir deslocamentos, mobilizando pensamentos e práticas. A integralidade é uma característica desejável das práticas de saúde, gerando contrastes relevantes com aquelas vigentes, envolvendo a formação e a organização do trabalho no interior dos sistemas de saúde. Esse conjunto de atributos também representa a diretriz menos visível na trajetória do sistema de saúde brasileiro e das práticas, considerando os avanços na expansão do acesso e capilarização dos serviços, com a implementação do SUS e, em particular, com o desenvolvimento da Atenção Básica. A criação do Programa Mais Médicos, em 2013, demonstrou, no contexto da grande expansão recente, uma face de iniquidade no acesso à saúde, com vazios assistenciais sendo preenchidos por profissionais majoritariamente formados em outros países, em particular os profissionais cubanos. Ou seja, ainda que considerado o efeito de expansão do acesso com a progressiva implementação das diretrizes do SUS no cotidiano dos sistemas locais, essa expansão se deu predominantemente em centros urbanos e regiões mais desenvolvidas economicamente. Em relação à integralidade, entretanto, há déficits ainda mais visíveis.

A utilização do termo integralidade na nomenclatura de diferentes políticas públicas, desde o efeito da Reforma Sanitária, não logrou o êxito de produzir uma mudança uniforme e de grande abrangência e visibilidade, alcançando o sistema de

saúde como um todo e, ainda mais, a formação das diversas profissões. O principal efeito dos movimentos de mudança nos últimos anos, no que se refere à integralidade, é a multiplicação de experiências locais onde se identificam avanços na configuração das práticas em direção à ideia da integralidade. Entre outros fatores, essas experiências estão associadas à problematização do binômio formação-trabalho, com a adoção de estratégias de aproximação. Assim, os serviços e os profissionais foram desafiados a ampliar procedimentos e abordagens assistenciais (voltadas ao tratamento das doenças e suas consequências), incorporando a perspectiva da atenção (incluindo abordagens de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos). A superação da lógica queixa-conduta, bem visível na lógica assistencial predominante, incluiu também a identificação de necessidades de saúde singulares de pessoas e coletividades, em situações concretas de vida e trabalho, buscando ações que ampliem a autonomia e qualidade de vida de indivíduos e grupos.

Com a expansão dos serviços de saúde e do acesso, uma diversidade grande de situações que interfere na saúde aporta aos serviços, demonstrando no cotidiano uma constatação que é própria de determinadas abordagens conceituais contemporâneas: o contexto da saúde é de grande complexidade, o que significa que são mobilizadas por uma diversidade de situações que gera uma variada gama de desfechos. Quebrar a relação problema-solução, própria da racionalidade científica moderna, ou da queixa-conduta, tradução da mesma nas abordagens da clínica em saúde, gera uma quebra também na aplicação da racionalidade vigente na organização do trabalho: o conhecimento e sua aplicação no trabalho requerem mobilidades, que põem em xeque as aplicações vigentes. A divisão técnica do trabalho, que espelha a divisão disciplinar e especializada do conhecimento, está entre essas questões que são postas em questionamento.

Em relação a essa questão, a política do SUS para a educação e desenvolvimento do trabalho (BRASIL, 2004) já propunha o encontro entre a educação e o trabalho. A potência do encontro educação-trabalho para renovar a formação e desenvolver o trabalho já fora experienciada antes em diversas instituições de gestão e mesmo em iniciativas de formação, das quais, inclusive, a Associação Brasileira da Rede Unida se alimenta, desde sua origem, para formular análises, construir enunciados e propor políticas. Vem dessa origem a disposição constitucional que o SUS deve participar do ordenamento da formação de profissionais para a área, registro formal derivado da cultura do movimento da Reforma Sanitária. Dessa potência, surgiu também a proposta de criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) no Ministério da Saúde, formalizada em 2003. A SGTES passou a coordenar, desde então, as políticas e iniciativas do Ministério da Saúde para a formação, seja no âmbito da graduação ou da pós-graduação, seja na educação permanente dos profissionais em atuação nos serviços. Novamente, a diretriz de formação interdisciplinar e desenvolvimento de capacidades de trabalho colaborativo tiveram destaque, não pela via da formulação teórica, mas pelas demandas no cotidiano do trabalho.



Tais demandas representam necessidade do mundo do trabalho e oportunidade de qualificação de conhecimentos e da formação profissional. Madel Luz (1988) demonstrou a relação entre a racionalidade científica moderna e a racionalidade biomédica, e sua aplicação no campo da saúde pública. Em ensaio teórico sobre a condição de complexidade da saúde coletiva (LUZ, 2009) aponta, como condição de vitalidade do campo, a tensão entre as disciplinas (a condição tensa da interdisciplinaridade) e a tensão entre saberes e práticas (quando propostos em relação de transversalidade; não de aplicação da teoria sobre a prática), particularmente no que diz respeito aos desafios que o cotidiano do sistema de saúde coloca à formulação de conhecimentos.

Se há complexidade na tensão entre saberes e práticas e entre conhecimentos disciplinares, então as saídas para o conhecimento e a técnica não são somente de aplicação sobre as práticas. Se há relações de transversalidade entre saberes e práticas, há movimentações de conhecimentos e práticas a partir dos desafios do conhecimento. Se essas premissas estiverem corretas – e tudo indica que estão – então, há necessidade de aprendizagem permanente no cotidiano do trabalho, seja ela de atenção-gestão-participação, ou mesmo de aprender e ensinar. Vem dessa conexão a origem deste livro e de outros que o seguirão, em que as experiências de formação e trabalho interprofissional são chamadas à circulação, como cooperação local-local, mas também à produção de novos conhecimentos e novas modalidades de conexão entre ambos e com os dispositivos das políticas de formação e trabalho.

## **Reconhecimento de iniciativas e atualização do campo de conhecimentos**

Esta coletânea surgiu do desassossego sobre a formação profissional em saúde, particularmente sobre as repetidas dificuldades de aproximação entre os cursos, e o tensionamento da lógica de trabalho uniprofissional no interior dos sistemas e serviços de saúde, no cotidiano de uma experiência de formação com potência para a interprofissionalidade desenvolvida na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), por meio da Coordenadoria de Saúde. Trata-se da atividade de ensino Práticas Integradas em Saúde, que é relatada no último capítulo.

O desassossego dizia de questões relativas ao cotidiano das atividades de ensino, realizadas nos serviços de saúde e, em particular, da atenção básica. Mas também do contato com as formulações sobre mudanças na formação, nos dispositivos de indução às mudanças, nas iniciativas de Estágios e Vivências na Realidade do SUS (VER-SUS) e de Residências em Área Profissional da Saúde (particularmente as multiprofissionais), bem como na militância de docentes na área de Educação e Ensino da Saúde. Militância que apontava a estratégia de reconhecimento de experiências (vivenciar e refletir sobre o vivido) como caminho para produzir novos caminhos, como rizoma que vai se produzindo na combinação de uma capacidade de resistir

e das condições objetivas que encontra para seguir. A parceria com a Rede UNIDA já estava estabelecida para a organização de eventos, para a pesquisa e para a sistematização das experiências institucionais. Os desafios e iniciativas institucionais da formação em articulação com o cotidiano do trabalho já haviam gerado diversas publicações conjuntas (FERLA et al., 2013; FERLA et al., 2015), além de outras sobre Residências e cursos específicos. Já se havia estabelecido um modo de fazer para o campo das inovações pedagógicas que pode ser traduzido nas expressões fazer e pesquisar, vivenciar, experimentar e refletir.

O desassossego gerou, inicialmente, encontros e pequenas iniciativas de sistematizar a experiência. Com alguma frequência, percebia-se a falta de texto para contar da experiência e dos impasses que ela produzia no cotidiano dos serviços e da formação. Os conceitos prévios não permitiam esgotar a radicalidade do vivido, em particular das questões colocadas por alguns alunos, que experimentavam a radicalidade do convívio com outros, de diferentes profissões. Para criar texto, a estratégia seguinte foi de leituras e seminários, além de reuniões de avaliação da experiência. Na sequência, percebeu-se a necessidade de abrir a experiência ao contato com outras experiências e com o texto de especialistas e pesquisadores externos. Este livro é resultado dessa iniciativa, que gerou a necessidade de sistematizar a experiência em atividades de pesquisa.

A primeira aproximação avaliativa foi produzida no interior do coletivo de docentes. Em seguida se expandiu para a análise dos serviços e do trabalho no interior dos serviços, em particular com foco no desenvolvimento do trabalho na atenção básica, conforme pesquisas avaliativas realizadas em rede científica coordenada pela UFRGS, no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, em diversas localidades do país e das quais já haviam surgido resultados em termos de cursos de graduação e de residências. Posteriormente, uma pesquisa específica foi desenvolvida no Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da UFRGS. Assim, o fazer da formação, em seus diferentes aspectos, e particularmente nas questões que envolvem a abordagem interprofissional da educação e do trabalho na saúde, foram sendo refletidos e analisados com maior ênfase. Em todas as iniciativas, o olhar mais sensível apontava questões do cotidiano que transcendiam as lentes da teoria prévia.

Esse esforço institucional se articulou com um conjunto de iniciativas da Rede Unida, juntamente com o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde para o reconhecimento e análise de experiências de inovação na formação, aqui com foco específico na interprofissionalidade. O passo seguinte foi uma chamada pública de narrativas, aberta à participação de instituições e experiências de todo o país. O resultado dessa iniciativa será disponibilizado em publicações futuras. Neste primeiro livro, temos reflexões mais dirigidas à produção discursiva já sistematizada sobre a educação interprofissional.

## Os dizeres constituídos sobre a educação interprofissional e a experimentação

Este livro, organizado em seis capítulos, reúne a contribuição de convidados especialistas sobre o tema da interprofissionalidade, com produções reconhecidas sob diversas perspectivas teóricas e empíricas, na experiência brasileira das últimas décadas.

O primeiro capítulo, de autoria do Prof. Marcelo Viana da Costa, docente e pesquisador do Programa de Pós-Graduação - Mestrado Profissional em Ensino na Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e coordenador do Grupo Executivo da Rede Brasileira de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde (ReBETIS), faz uma revisão conceitual da educação interprofissional no desenvolvimento de capacidades profissionais para o trabalho colaborativo, contextualizando-a no cenário internacional e no Brasil. Aponta desafios e potencialidades para o avanço do debate, em particular no contexto brasileiro, cujo sistema de saúde mobiliza pela magnitude e abrangência.

O capítulo seguinte, de autoria de José Rodrigues Freire Filho e Cláudia Brandão Gonçalves Silva, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, faz uma análise das questões relativas à interprofissionalidade presentes nas políticas da área da saúde e da educação para a formação profissional, destacando as perspectivas inseridas no plano de ação para o fortalecimento da educação interprofissional elaborado pelo Ministério da Saúde.

A Profa. Marina Peduzzi, pesquisadora brasileira com produção relevante na abordagem da interprofissionalidade e Livre-Docente da Escola de Enfermagem da USP, desenvolve uma reflexão sobre a temática, destacando as relações com trabalho em equipe e prática colaborativa no contexto do SUS. Trata-se de um ensaio que apresenta questões de grande relevância para o desenvolvimento de capacidades profissionais para quem está envolto em experiências que têm grande densidade e que reivindicam uma reflexão mais sistemática para superar obstáculos.

O capítulo seguinte foi elaborado pelo Prof. Ricardo Burg Ceccim, do Programa de Pós-Graduação em Educação da UFRGS e pesquisador na temática da educação e do ensino na saúde, com contribuições relevantes para a formação e para o trabalho, assim como na análise e formulação de políticas. O texto permite o aprofundamento das reflexões de caráter epistemológico e metodológico sobre a formação interprofissional e seus desafios contemporâneos, em particular a abertura à aprendizagem que precisa estar associada às experiências, que são sempre mais complexas do que os recursos teóricos que permitem analisá-las.

Dois ensaios feitos a partir de experiências finalizam a publicação. A Profa. Angela Capozollo, da Unifesp – Baixada Santista, reflete sobre a experiência desenvolvida no ensino de graduação daquela instituição, a partir de situações colhidas no cotidiano da experiência. Além de reflexões densas sobre o cotidiano da formação comum dos cursos da área da saúde, o ensaio vale pelos exemplos e depoimentos colhidos, que ilustram a aventura do fazer cotidiano da formação interprofissional. Luciane Ines Ely e a profa. Ramona Fernanda Ceriotti Toassi, do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da UFRGS, complementam o conjunto de ensaios do livro com uma análise da experiência de formação integrada nos cursos de graduação em saúde da instituição. Além de questões relativas à transição da 'multiprofissionalidade' para a 'interprofissionalidade', o artigo analisa as estratégias de avaliação e atualização da referida atividade de ensino, descrevendo uma artesanania própria de inovações pedagógicas.

No conjunto de textos do livro, por certo, são sistematizadas e refletidas questões teóricas e empíricas de grande densidade para o pensar e o fazer a formação de profissionais da saúde incluindo a perspectiva do 'interprofissional'. Sobretudo, o livro propõe uma conversa, desde as análises sistematizadas, com o cotidiano da formação, suas tensões e possibilidades. Como todo o processo de inovação no fazer cotidiano, esse convite responde à convicção de que é preciso fazer e pesquisar, fazer e refletir. O pensamento, nesse caso, precisa abrir-se à produção prévia, mas também à alteridade das diferentes experiências. Não se fará inovação apenas com o já conhecido. O caminho mais próspero parece ser o de compartilhar o vivido e experimentado com a curiosidade da criança e com a radicalidade do aprendiz, buscando as fissuras que trazem a reinvenção tanto nos processos de educação quanto de trabalho em saúde.

## Referências

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set./out. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/37.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <[http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica2\\_vpdf.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vpdf.pdf)>. Acesso em: 21 dez. 2017.

LUZ, M. T. **Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna**. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

LUZ, M. T. Complexidade do campo da saúde coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória

ria paradigmática. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 304-311, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n2/13.pdf>>. Acesso em: 21 dez. 2017.

FERLA, A. A. et al. (Org.). **Integração ensino-serviço**: caminhos possíveis?. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2013. Disponível em: <<http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-cadernos-de-saude-coletiva/cadernos-de-saude-coletiva-volume-2-pdf/view>>. Acesso em: 21 dez. 2017.

FERLA, A. A. et al. (Org.). **Redes vivas de educação e saúde**: relatos e vivências da integração universidade e sistema de saúde. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015.

# **A POTÊNCIA DA EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COLABORATIVAS NO TRABALHO EM SAÚDE**

***Marcelo Viana da Costa***

## ***Introdução***

---

O debate global em torno da força de trabalho em saúde aponta como desafio alinhar os processos de formação ao fortalecimento dos sistemas de saúde. As necessidades de saúde se apresentam cada vez mais dinâmicas e complexas, traduzidas pelas transformações dos perfis demográficos, epidemiológicos, que impactam na dinâmica de vida e saúde das pessoas. Esses cenários trazem, entre outras implicações, novos riscos infecciosos, ambientais e comportamentais e impõem importantes desafios ao trabalho e à formação em saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013; FRENK et al., 2010).

A complexidade dessas necessidades de saúde apontam para a necessidade de fortalecer as mudanças na dinâmica da produção dos serviços de saúde com vistas ao fortalecimento do trabalho colaborativo nos diversos cenários, aperfeiçoando o efetivo trabalho em equipe e melhorando a qualidade da atenção à saúde das populações (CRISP; CHEN, 2014).

Contrastando com tal situação existe a força do modelo tradicional e hegemônico de formação, fundamentado na compartimentalização do saber e que estabelece fortes barreiras para o diálogo de saberes e práticas. Na mesma direção, o modelo de atenção à saúde se consolida centralizado nos procedimentos de diagnóstico e de terapêutica, a partir da forte divisão do trabalho entre os diferentes profissionais de saúde. São aspectos que se configuram como importantes barreiras para a mudança do modelo de atenção à saúde e também para a reorientação da formação dos profissionais de saúde.

Essa dinâmica da sociedade atual, que ao longo de anos recentes demonstra grande capacidade de transformações sociais, econômicas, culturais, com novas formas de adoecimento evidencia que o modelo tradicional de atenção à saúde, fortemente fragmentado, pautado nas ações isoladas de profissionais de saúde, tem se mostrado incapaz de enfrentar os desafios apontados (FRENK et al., 2010).

Toda essa problemática não é recente no cenário brasileiro e vem sendo objeto de discussão e investigação mesmo antes da sistematização do Sistema Único de Saúde (SUS). O processo de luta por um sistema de saúde universal, integral e

que atenda as diferentes necessidades de saúde impõe importantes movimentos de discussão do modelo de atenção e de formação em saúde. Pensar um novo sistema de saúde, amparado pela concepção ampliada de saúde, como exercício de cidadania, exigiu pensar o trabalho em saúde voltado para as necessidades das pessoas na lógica do trabalho em equipe.

O processo de fortalecimento e consolidação do SUS, exige um movimento permanente de reflexão das práticas em saúde e também do modelo de formação de seus profissionais, sendo incoerente fazer esses dois debates separadamente. A formação dos profissionais de saúde precisa manter coerência com o projeto de fortalecimento do sistema de saúde. O processo de construção de uma nova lógica das práticas de saúde deve ser acompanhado por um modelo de formação em saúde que sustente essas práticas.

Nesse sentido, é possível mencionar importantes políticas de mudanças da formação profissional em saúde, que em diferentes momentos históricos enfrentaram gargalos significativos – das práticas e da educação. Mesmo não sendo o objetivo desse capítulo discutir em profundidade essas políticas, ficaria incompleto sem mencionar os importantes resultados que elas obtiveram. Muitas dessas políticas foram iniciadas até mesmo antes da regulamentação do SUS e ao longo dos últimos anos vêm incorporando importantes mudanças, com expectativa de impactos positivos sobre o futuro da força de trabalho em saúde e na melhoria da qualidade da atenção e do sistema de saúde (GONZALEZ; ALMEIDA, 2010; SANT'ANNA DIAS; DIAS DE LIMA; TEIXEIRA, 2013).

Essas políticas conseguiram estimular discussões sobre reformas curriculares baseadas a partir de importantes desafios para a realidade brasileira: fortalecimento da efetiva aproximação entre ensino, serviços de saúde e comunidade; valorização da atenção básica como cenário de aprendizagem privilegiado para a mudança do modelo de atenção à saúde, em substituição à formação centrada no hospital; adoção de metodologias ativas e inovadoras em detrimento às perspectivas mais tradicionais de ensino na saúde; formação por competências para o enfrentamento das necessidades e problemas de saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a; HADDAD et al., 2010, CAVALHEIRO; GUIMARÃES, 2011).

No cenário internacional, políticas semelhantes são adotadas como forma de enfrentar os desafios impostos à formação de profissionais da saúde. Frenk e colaboradores (2010), no clássico Relatório da Comissão Independente da revista *The Lancet*, afirmam que muitos esforços em todo o mundo na reforma do ensino na saúde não alcançaram resultados mais fortes pelo que a literatura vem chamando de tribalismo das profissões.

Essa afirmativa evidencia uma problemática que precisa ser discutida no âmbito das políticas de saúde e de reorientação da formação dos profissionais de saúde: profissionais de saúde trabalham necessariamente juntos, mas são formados separadamente.

No contexto brasileiro, importantes referenciais, com foco na integralidade da atenção, definem o trabalho em saúde como eminentemente coletivo, marcado por intensas relações e interações entre seus sujeitos e usuários (MENDES-GONÇALVES, 1992; PEDUZZI, 1998; MERHY, 2002; CECCIM; FEUERWERKER, 2004b; GONZE; SILVA, 2011). No entanto, a lógica de formação uniprofissional, disciplinar, para formação de competências específicas, legitima práticas de saúde muito esfaceladas com prejuízos para a oferta dos serviços ofertados para a população. Porém, essa problemática, não é exclusiva do Brasil e esse modelo de formação fortemente centrado na formação das especificidades profissionais começa a ser criticado em todo o mundo.

Esse movimento de críticas aos silos e tribos profissionais vem evidenciando a educação interprofissional ao longo dos anos mais recentes ao redor do mundo (BARR et al., 2005; REEVES et al., 2010) como proposta alternativa ao modelo tradicional de formação pautado no desenvolvimento de competências específicas, que sustenta o chamado tribalismo das profissões ou silos profissionais (WELLER; BOYD; CUMIN, 2014; GUPTA; ARORA, 2015).

A educação interprofissional (EIP) vem se constituindo como importante debate em todo o mundo e esse capítulo tem a intenção de refletir sobre suas bases teórico-conceituais e metodológicas, discutindo suas potencialidades na formação de profissionais mais aptos ao efetivo trabalho em equipe, bem como problematizando desafios importantes para o fortalecimento dessa abordagem na atual lógica de formação profissional em saúde.

Trata-se de um tema complexo e que precisa ter seu debate ampliado nos diferentes contextos dos países como forma de aproveitar suas diretrizes para potencializar os sistemas de saúde e avançar na melhoria da qualidade da atenção à saúde. No Brasil, há importantes acúmulos históricos que muito contribuem para a formação em saúde no sentido de fortalecer o SUS.

O desafio é fazer o diálogo desses referenciais com os preceitos da EIP para que esse tema seja potencializado no contexto brasileiro, superando a ideia de mera importação de modelos, mas incorporar esse debate aos temas já existentes e que podem ser úteis no movimento histórico de luta pelo resgate dos ideais da reforma sanitária brasileira para fortalecimento e consolidação do SUS.

## **Fundamentos da Educação Interprofissional em Saúde para melhoria da qualidade da atenção à saúde**

O conceito de educação interprofissional em saúde mais amplamente conhecido, define que essa ocorre quando duas ou mais profissões da saúde aprendem com, para e sobre



a outra, como forma de desenvolver a colaboração através de um processo de aprendizagem compartilhada a fim de melhorar a qualidade dos serviços prestados (CAIPE, 2002).

No entanto, em anos mais recentes, outras definições surgem sempre buscando esclarecer os aspectos centrais dessa abordagem e sua potência para o fortalecimento do trabalho em saúde marcado pela efetiva interação entre os diferentes profissionais. Uma definição mais recente, produto de uma revisão sistemática, afirma que a educação interprofissional em saúde ocorre quando os membros de mais de uma profissão da saúde aprendem em conjunto, de forma interativa, com o propósito explícito de melhorar a colaboração interprofissional ou a saúde/bem estar dos usuários (REEVES et al., 2013).

É interessante destacar as semelhanças e diferenças entre as duas definições. Ambas sugerem que a educação interprofissional tem como horizonte melhorar a colaboração entre os diferentes profissionais de saúde e melhorar a qualidade dos serviços ofertados. O efetivo trabalho em equipe se apresenta, então, como uma premissa para o enfrentamento dos problemas e necessidades de saúde das pessoas, em sua dinamicidade e complexidade.

Pela definição, é possível afirmar que o horizonte da EIP é o desenvolvimento de profissionais de saúde mais colaborativos, capazes de prestar uma assistência mais integral, e consequentemente mais coerente na resolução e enfrentamento dos problemas e necessidades de saúde. A colaboração torna-se a prática esperada entre os diferentes profissionais de saúde, implicando em outras importantes mudanças (REEVES; HEAN, 2013).

Como diferença, é importante salientar que a definição mais recente apresenta a interação nas iniciativas de aprendizagem compartilhada. Esse aspecto reforça que não se trata apenas de juntar atores de diferentes profissões em um mesmo espaço. É um aprendizado que precisa ser interativo para o desenvolvimento de competências colaborativas entre os profissionais de diferentes categorias.

Outro aspecto é a explícita intenção de desenvolver a colaboração. Essa é uma importante diferença entre as duas definições, uma vez que o desenvolvimento de qualquer competência precisa ser pensado a partir de concepção teórica e de estratégias metodológicas potentes para seu desenvolvimento. Caracteriza-se como um aspecto relevante exatamente para superar a ideia de que qualquer iniciativa que junte, em um mesmo espaço, sujeitos de diferentes categorias profissionais, é uma iniciativa de educação interprofissional. A intencionalidade em desenvolver a colaboração, materializada por meio de uma perspectiva teórica e metodológica, é um aspecto central nas iniciativas de EIP.

No entanto, é preciso fazer uma ressalva: esses aspectos, centrais para entender os princípios fundamentais da interprofissionalidade, não implicam na desvalorização

de iniciativas que já acontecem na realidade da formação dos profissionais de saúde. São espaços potentes e que precisam ser valorizados para o fortalecimento da educação interprofissional e da colaboração nos cenários da educação e do trabalho em saúde.

### **O que seria essa colaboração?**

A colaboração, é quando dois ou mais profissionais de saúde atuam de forma interativa, compartilhando objetivos, reconhecendo o papel e a importância do outro na complementariedade dos atos em saúde. Essa compreensão expõe a necessidade de horizontalizar relações, questionando a histórica hierarquia entre os profissionais e entre esses e os usuários. A colaboração implica, necessariamente, em (re)situar os usuários e suas necessidades de saúde na centralidade do processo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009; REEVES, 2010).

O debate sobre a colaboração ganha ainda mais força a partir de uma publicação do professor Hugh Barr, que define três importantes grupos de competências a serem desenvolvidas nas iniciativas de EIP: competências específicas ou complementares, competências comuns e competências colaborativas (BARR, 1998). Esse conjunto de competências traz em sua essência a compreensão sobre o trabalho em saúde. O autor, quando chama as competências específicas também de complementares, evidencia o caráter coletivo do trabalho em saúde para o atendimento das necessidades de saúde das pessoas.

As competências específicas ou complementares são aquelas que asseguram as identidades profissionais das profissões, subsidiadas pelos marcos teóricos, conceituais e metodológicos que fundamentam as práticas profissionais. As competências comuns são aquelas que marcam a interseção entre todas as profissões. São competências em que as diferentes categorias profissionais podem desenvolver sem interferências nos próprios limites profissionais e dos demais. As competências colaborativas, por sua vez, são aquelas que melhoram as relações entre as diferentes categorias profissionais na dinâmica do trabalho em saúde (BARR, 1998).

Dessa forma, a discussão sobre EIP – enquanto abordagem para a desenvolvimento da colaboração no trabalho em saúde – impõe uma reflexão sobre os desafios e fatores envolvidos com sua implementação.

Um primeiro ponto que precisa de destaque é que a EIP precisa de bases sólidas como forma de assegurar sua sustentabilidade e seus resultados a curto, médio e longo prazo. Para tanto, é indispensável superar a ideia de ações isoladas, associadas a esforços pessoais ou projetos provisórios. Não que tais formatos sejam desinteressantes, mas formar profissionais mais colaborativos implica em mudanças culturais, com grandes desafios que também são institucionais e políticos.

Partindo dessa premissa, a literatura apresenta três dimensões da realidade que exercem forte influência no processo de adoção da educação interprofissional: a macro, meso e micro. O sucesso da implantação da educação interprofissional depende de um conjunto de iniciativas que precisam estar articuladas, mantendo forte relação de interdependência entre essas dimensões, salvaguardadas suas importâncias (OANDASAN; REEVES, 2005b).

No nível macro encontram-se as políticas de saúde e educação que reconhecem as bases teórico-conceituais e metodológicas como marcos reorientadores do processo de formação dos profissionais da saúde e do modelo de atenção à saúde. Essas políticas têm importante papel indutor de mudanças nos níveis meso e micro.

No Brasil, é possível mencionar exemplos de políticas exitosas nessa direção, tais como o Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde – PET-Saúde, que disparou movimentos de reformas curriculares com foco na adoção de iniciativas interprofissionais (COSTA; BORGES, 2015; COSTA et al., 2015).

Outro importante movimento disparado do nível macro foi a elaboração das Diretrizes Curriculares dos cursos de graduação em Medicina, que trouxeram a interprofissionalidade como um dos marcos capazes de transformar a lógica de futuros profissionais da saúde. Sem nenhuma dúvida, foi um grande avanço para entender que o processo de formação de médicos se complementa com ações compartilhadas de aprendizagem (BRASIL, 2014). Esses movimentos da dimensão macro, por sua vez, não se sustentam sem que encontre eco nas outras duas.

A dimensão meso se refere a mudanças curriculares, propostas de formação dos componentes curriculares, módulos ou disciplinas: é a educação interprofissional em saúde materializada na intencionalidade das propostas pedagógicas dos cursos e instituições. Nessa dimensão também se inserem os esforços e apoios institucionais para a inserção dessa abordagem nas estruturas curriculares dos cursos (OANDASAN; REEVES, 2005b). Sobre essa dimensão é importante fazer algumas reflexões.

É possível, e não raro, que existam em muitos cenários brasileiros e em todo o mundo, propostas de iniciativas de educação interprofissional em saúde pautadas apenas na dimensão meso. Podem acontecer em cursos isolados, projetos de extensão, componentes curriculares optativos, que assumem – nesses exemplos – uma filiação personalizada, com pouco ou nenhum apoio e articulação institucional. É bem verdade que essas iniciativas são relevantes e devem ser valorizadas, na medida em que podem estimular outras iniciativas, quando seus resultados começam a ser reconhecidos pelos atores envolvidos. Porém, as propostas assumem o formato das pessoas que as conduzem, fragilizando-se enquanto pilar do processo de reorientação da formação profissional em saúde (COSTA, 2014).

Como já mencionado, para superação dessa problemática o apoio institucional é indispensável e um dos pilares desse apoio centra-se em ações de desenvolvimento docente para a educação interprofissional. Esse é um aspecto central para superar a personificação das iniciativas, assegurando que os princípios da interprofissionalidade estejam presentes, independente de quem conduz as ações ou estratégias interprofissionais (KAHALEH et al., 2015).

Esse processo de desenvolvimento docente perpassa pela aproximação das teorias educacionais úteis para a EIP, metodologias de ensino e aprendizagem capazes de garantir o desenvolvimento de competências específicas de cada profissão, das comuns – aquelas que podem ser executadas por profissionais da saúde sem perdas da identidade profissional, mas também que sejam potentes no desenvolvimento das competências colaborativas. Para esse movimento também é importante qualificar o corpo docente para a gestão desses processos de mudanças, bem como da liderança, permitindo maior alinhamento entre as propostas dos cursos e as políticas de desenvolvimento institucional e ambas em sintonia com a responsabilidade social (STEINERT; NAISMITH; MANN, 2012; BRASHERS; OWEN; HAZLIP, 2015).

Tais competências se configuram como um dos grandes desafios para a obtenção de experiências exitosas em EIP. Essa assertiva se justifica pela cultura da formação uniprofissional, que tem uma forte tendência na centralização do desenvolvimento das competências específicas, tornando as colaborativas um tema novo, pouco conhecido nos processos de formação em saúde da realidade brasileira.

Por outro lado, experiências potentes em todo o mundo avançam na adoção de iniciativas de aprendizagem compartilhada, mas centram-se fortemente nas competências comuns, com dificuldades na formação das específicas e colaborativas. Essas diferentes realidades demonstram a complexidade na adoção da EIP, evidenciando a relevância do desenvolvimento docentes para potencializar os resultados futuros de experiências profissionais na formação em saúde (SAN MARTÍN-RODRÍGUEZ et al., 2005).

Ainda sobre a dimensão meso, pensando nas propostas pedagógicas, nos programas dos cursos, componentes curriculares, desenvolvimento docente, metodologias de ensino e aprendizagem, teorias educacionais, entre outros aspectos, faz-se necessário problematizar a confusão conceitual que existe em torno da interprofissionalidade (MICKAN; HOFFMAN; NASMITH, 2010).

Não é raro que termos como interdisciplinar, multidisciplinar, multiprofissional, multidisciplinar sejam adotados indiscriminadamente como sinônimos de interprofissional. Superar essa confusão conceitual é basilar para o sucesso dos aspectos anteriormente mencionados (D'AMOUR; OANDASAN, 2005; GOLDMAN et al., 2009).

Sem querer esgotar essa discussão, mas sim, apontar caminhos para clarificar os conceitos, é preciso entender que essas palavras expressam um grau menor ou maior de interação entre diferentes áreas de conhecimentos e de práticas, não podendo ser utilizadas como sinônimos. A literatura internacional tem feito esforços expressivos no sentido de superar esses equívocos conceituais, e que faz grande diferença no formato e na intencionalidade que fundamenta as ações interprofissionais.

O radical da palavra 'disciplinar' faz referência a um campo ou área de conhecimento. O radical 'profissional', por sua vez, se refere a práticas ou núcleos profissionais. São palavras que ganham outros significados pela inclusão de prefixos que determinam o grau de interação entre diferentes campos do conhecimento ou de núcleos profissionais. O prefixo 'multi', expressão que trata da área do conhecimento ou profissionais caminha em paralelo, mas com pouca ou inexistente interação. O 'inter' expressa forte interação e articulação entre as áreas de conhecimento e profissionais. Para exemplificar, é possível ter ações interdisciplinares e uniprofissionais, bem como a interdisciplinaridade se configurar como dispositivo para a interprofissionalidade. São definições importantes, carregadas de intencionalidade, com diferentes desfechos e aprendizagens (OANDASAN; REEVES, 2005a; b; FURTADO, 2007).

Por fim, e tão desafiador como as anteriores, está a dimensão micro, onde se destacam as fortes relações interpessoais que fundamentam o desenvolvimento das competências colaborativas. Sobre essas competências é preciso demorar um pouco mais na compreensão ou aproximação da complexidade da colaboração. A literatura tem demonstrado que os sujeitos têm pouca clareza dos aspectos que estão envolvidos no fenômeno da colaboração.

D'amour et al. (2005) trazem importantes contribuições teóricas para compreender ou se aproximar da complexidade da colaboração e que precisam ser problematizadas nas ações interprofissionais para o desenvolvimento dessas competências colaborativas. Defendem que a colaboração se sustenta em quatro pilares: compartilhamento, parceria, interdependência e poder.

O compartilhamento é um dos pontos-chave da colaboração, na medida em que alunos ou profissionais de saúde dividem objetivos, metas, bases teóricas ou conceituais no processo de formação ou na dinâmica do trabalho em saúde. É esse pilar que permite colocar o usuário na centralidade do processo, uma vez que a aprendizagem ou as práticas se coadunam em torno da oferta de cuidados mais integrais e resolutivos (D'AMOUR; OANDASAN, 2005; BUSARI; MOLL; DITS, 2017).

A parceria implica que dois ou mais atores se juntam numa participação/atuação colaborativa. Esse conceito tem uma relação mais forte com a atuação propriamente dita. É uma parceria que, por sua vez, aponta para uma comunicação

efetiva, confiança e respeito mútuo. Nessa parceria um profissional sempre valoriza e reconhece a importância do outro (D'AMOUR et al., 2005; D'AMOUR; OANDASAN, 2005; HAGGMAN-LAITILA; REKOLA, 2014).

Dessa parceria emerge a interdependência, onde os profissionais reconhecem suas limitações e assumem a necessidade do outro na complementaridade para as ações em saúde. A interdependência é um valor de claro reconhecimento de que existe um objetivo comum a todas as profissões e de que o trabalho em equipe é o dispositivo mais potente para alcançar tais objetivos (SCAGER et al., 2016; D'AMOUR et al., 2005; XYRICHIS; REAM, 2008).

O último e talvez mais espinhoso pilar da colaboração é o poder. Os anteriores somente são possíveis quando há um equilíbrio nas relações de poder, uma vez que o reconhecimento de padrões diferenciados de reconhecimento e valorização profissionais estão associados com as barreiras de comunicação e dificuldades nas relações interpessoais e interprofissionais. Equalizar poderes é um importante caminho para que haja o empoderamento de cada membro da equipe ou estudante de diferentes profissões na tomada de decisões, na aprendizagem colaborativa e para a efetiva comunicação (BAKER et al., 2011; PARADIS et al., 2017).

Olhar ou conhecer esses pilares esclarecem fortemente a educação interprofissional e o poder das preposições utilizadas em sua definição: aprender com o outro – para compartilhar e efetivar a parceria; sobre – para falar sobre si e o outro com a clareza da necessidade da complementariedade; e para – equalizar poderes para assegurar relações interprofissionais e interpessoais fluidas e sólidas (BAINBRIDGE; WOOD, 2012; 2013).

A educação interprofissional, a partir dessa discussão, demonstra sua potência para o cenário brasileiro, considerando os fundamentos do SUS, os acúmulos históricos sobre a reorientação da formação profissional em saúde e o desejo por uma atenção à saúde mais coerente com a complexidade e a dinamicidade das necessidades das pessoas.

## **Considerações finais**

A educação interprofissional em saúde, embora nas últimas décadas venha sendo discutida em todo o mundo, de forma ampla, ainda é uma temática pouco explorada na realidade brasileira. Isso não significa, porém, que muitos aspectos desse debate sejam completamente novos para o Brasil.

Diversos atores e instituições em todo o país, com vistas ao fortalecimento e consolidação do SUS, elaboraram relevantes referenciais teóricos que pudessem

apoiar os processos de reorientação do modelo de atenção à saúde e formação dos profissionais da saúde.

A discussão aqui apresentada não nega os acúmulos históricos de lutas e de produção de conhecimento para o fortalecimento do SUS, mas apresenta a educação interprofissional e as práticas colaborativas como um marco teórico-conceitual e metodológico, com grande potencial para indução de mudanças na formação dos profissionais de saúde e na realidade da produção dos serviços de saúde.

Todo o texto demonstra que a adoção e implementação da educação interprofissional não é tarefa fácil, uma vez que exige mudanças em diversas dimensões da realidade. No entanto, a aposta é que os ideais da reforma sanitária brasileira que orientaram a idealização do SUS e seus princípios basilares, ofereçam condições para que esse debate se fortaleça no cenário brasileiro.

Ainda há muito o que se discutir sobre a educação interprofissional no Brasil. Iniciativas começam a ganhar força e esforços começam a se efetivar para dar maior visibilidade a essas iniciativas, bem como apoiar novas experiências.

Assim, gera-se a perspectiva e a necessidade de fortalecer o debate entre a educação interprofissional em saúde e as práticas colaborativas com os referenciais já existentes, como forma de pensar essa abordagem em sintonia com a realidade de vida e saúde das pessoas e com a luta histórica por um processo de construção e consolidação do SUS efetivamente integral, equânime, universal e potente no enfrentamento das complexas e dinâmicas necessidades de saúde de um país com as dimensões do Brasil.

São muitos os desafios, mas a história de construção do SUS também mostra a força e a capacidade de luta dos muitos atores pela consolidação de uma realidade mais humana e justa para todos os brasileiros.

## Referências

BAINBRIDGE, L.; WOOD, V. I. The power of prepositions: Learning with, from and about others in the context of interprofessional education. **Journal of interprofessional care**, Abingdon, v. 26, no. 6, p. 452-458, 2012.

\_\_\_\_\_. The power of prepositions: a taxonomy for interprofessional education. **Journal of interprofessional care**, Abingdon, v. 27, no. 2, p. 131-136, 2013.

BAKER, L. et al. Relationships of power: implications for interprofessional education. **Journal of interprofessional care**, Abingdon, v. 25, no. 2, p. 98-104, 2011.

BARR, H. Competent to collaborate: Towards a competency-based model for interprofessional education. **Journal of interprofessional care**, Abingdon, v. 12, no. 2, p. 181-187, 1998.

BARR, H. et al. **Effective Interprofessional Education: argument, assumption & evidence**. London: Blackwell, 2005.

BRASHERS, V.; OWEN, J.; HAZLIP, J. Interprofessional education and practice guide no. 2: developing and implementing a center for interprofessional education. **Journal of interprofessional care**, Abingdon, v. 29, no. 2, p. 95-99, 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES no 3, de 20 de junho de 2014. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina e das outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2014, p. 8-11.

BUSARI, J. O.; MOLL, F. M.; DUTTS, A. J. Understanding the impact of interprofessional collaboration on the quality of care: a case report from a small-scale resource limited health care environment. **Journal of multidisciplinary healthcare**, New Zealand, v. 10, p. 227-234, 2017.

CAIPE. **Centre for the Advancement of Interprofessional Education**. United Kingdom, 2002.

CAVALHEIRO, M. T. P.; GUIMARÃES, A. L. Formação para o SUS e os desafios da integração ensino serviço. **Caderno FNEPAS**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 1-9, 2011.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis (Impresso)**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004a.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, 2004b.

COSTA, M. V. D. **A educação interprofissional como abordagem para a reorientação da formação profissional em saúde**. 2014. 142 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014.

COSTA, M. V. D.; BORGES, F. A. O Pró-PET-Saúde frente aos desafios do processo de formação profissional em saúde. **Interface (Botucatu. Impresso): comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 19, supl. 1, p. 753-763, 2015.

COSTA, M. V. D. et al. Pró-Saúde e PET-Saúde como espaços de educação interprofissional. **Interface (Botucatu. Impresso): comunicação, saúde, educação**, Botuca-



tu, v. 19, supl. 1, p. 709-720, 2015.

CRISP, N.; CHEN, L. Global supply of health professionals. **New England journal of medicine, Boston**, v. 370, no. 10, p. 950-957, 2014.

D'AMOUR, D. et al. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. **Journal of interprofessional care**, Abingdon, v. 19, supl. 1, p. 116-131, 2005.

D'AMOUR, D.; OANDASAN, I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. **Journal of interprofessional care**, Abingdon, v. 19, supl. 1, p. 8-20, 2005.

FRENK, J. et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **Lancet**, London, v. 376, no. 9756, p. 1923-1958, 2010.

FURTADO, J. P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface (Botucatu. Impresso): comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 11, n. 22, p. 239-255, 2007.

GOLDMAN, J. et al. Improving the clarity of the interprofessional field: Implications for research and continuing interprofessional education. **Journal of continuing education in the health professions**, New York, v. 29, no. 3, p. 151-156, 2009.

GONZALEZ, A. D.; ALMEIDA, M. J. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. **Physis (Impresso)**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 551-570, 2010.

GONZE, G. G.; SILVA, G. A. A integralidade na formação dos profissionais de saúde: tecendo valores. **Physis (Impresso)**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 129-146, 2011.

GUPTA, R.; ARORA, V. M. Merging the health system and education silos to better educate future physicians. **JAMA**, Chicago, v. 314, no. 22, p. 2349-2350, 2015.

HADDAD, A. E. et al. Undergraduate programs for health professionals in Brazil: an analysis from 1991 to 2008. **Revista de saúde pública (Impresso)**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 383-391, 2010.

HAGGMAN-LAITILA, A.; REKOLA, L. Factors influencing partnerships between higher education and healthcare. **Nurse education today**, Edinburgh, v. 34, no. 10, p. 1290-1297, 2014.

KAHALEH, A. A. et al. An Interprofessional education panel on development, implementation, and assessment strategies. **American journal of pharmaceutical education**, Lincoln, v. 79, no. 6, p. 78, 2015.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades**. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Cadernos CEFOR Série Textos, 1992.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Editora Hucitec; 2002.  
MICKAN, S.; HOFFMAN, S. J.; NASMITH, L. Collaborative practice in a global health context: Common themes from developed and developing countries. **Journal of Journal of interprofessional care**, Abingdon, v. 24, no. 5, p. 492-502, 2010.

OANDASAN, I.; REEVES, S. Key elements for interprofessional education. Part 1: the learner, the educator and the learning context. **Journal of interprofessional care**, Abingdon, v. 19, supl. 1, p. 21-38, 2005a.

\_\_\_\_\_. Key elements of interprofessional education. Part 2: Factors, processes and outcomes. **Journal of interprofessional care**, Abingdon, v. 19, supl. 1, p. 39-48, 2005b.

PARADIS, E. et al. Louder than words: power and conflict in Interprofessional education articles, 1954–2013. **Medical education**, Oxford, v. 49, no. 4, p. 399-407, 2017.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. 1998.

REEVES, S. The need to problematize interprofessional education and practice activities. **Journal of interprofessional care**, Abingdon, v. 24, no. 4, p. 333-335, 2010.

REEVES, S.; HEAN, S. Why we need theory to help us better understand the nature of interprofessional education, practice and care. **Journal of interprofessional care**, Abingdon, v. 27, no. 1, p. 1-3, 2013.

REEVES, S. et al. The effectiveness of interprofessional education: Key findings from a new systematic review. **Journal of interprofessional care**, Abingdon, v. 24, no. 3, p. 230-241, 2010.

REEVES, S. et al. **Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update)**. Cochrane database of systematic reviews. Issue 3, 2013.

SAN MARTÍN-RODRÍGUEZ, L. et al. The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. **Journal of interprofessional care**, Abingdon,

v. 19, supl., 1, p. 132-147, 2005.

SANT'ANNA DIAS, H.; DIAS DE LIMA, L.; TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1613-1624, 2013.

SCAGER, K. et al. Collaborative learning in higher education: evoking positive interdependence. **CBE life sciences education**, United States, v. 15, no. 4, p. 1-9, 2016.

STEINERT, Y.; NAISMITH, L.; MANN, K. Faculty development initiatives designed to promote leadership in medical education. A BEME systematic review: BEME Guide No. 19. **Medical teacher**, London, v. 34, no. 6, p. 483-503, 2012.

WELLER, J.; BOYD, M.; CUMIN, D. Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in healthcare. **Postgraduate medical journal**, Oxford, v. 90, no. 1061, p. 149-154, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice**. World Health Organization. Department of Human Resources for Health Geneva, Switzerland, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Transforming and scaling up health professionals' education and training: World Health Organization guidelines 2013**. Geneva: World Health Organization, 2013.

XYRICHIS, A.; REAM, E. Teamwork: a concept analysis. **Journal of advanced nursing**, Oxford, v. 61, no. 2, p. 232-241, 2008.

# EDUCAÇÃO E PRÁTICA INTERPROFISSIONAL NO SUS: O QUE SE TEM E O QUE ESTÁ PREVISTO NA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE

*José Rodrigues Freire Filho  
Cláudia Brandão Gonçalves Silva*

## *I n t r o d u ç ã o*

O sistema público de saúde brasileiro contempla em sua base constitucional importantes elementos que favorecem a implementação da educação e prática interprofissional, visto que nele estão presentes os princípios universalidade do acesso, integralidade, participação social e o trabalho baseado em equipe, sendo estes intimamente alinhados com os marcos teóricos e metodológicos dessa abordagem (CECCIM, 2004; BARR, 2015).

A educação e prática interprofissional assumem singular importância no contexto da política nacional de saúde, a partir do reconhecimento da premissa de que 'o Sistema Único de Saúde (SUS) é interprofissional', ratificando que os seus princípios apresentam aderência com os aportes teóricos da Educação Interprofissional (EIP), sobretudo com o advento da Atenção Primária à Saúde (APS) que, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), enquanto modelo de reorientação, incorpora diferentes profissões em equipes para atuação compartilhada (BRASIL, 2011; PEDUZZI, 2016).

Nessa perspectiva, propostas de formação e de exercício para a Prática Interprofissional (PIP) já estão postas na realidade da área da saúde no contexto brasileiro, o que torna incabível qualquer medida controversa que deslegitima tal condição (CECCIM, 2004).

Embora se reconheça a correspondência existente entre as bases metodológicas da EIP e PIP com os princípios do SUS, a discussão sobre essa abordagem ainda é recente no Brasil e até mesmo no cenário internacional. Somente ganhou destaque nas últimas três décadas devido ao seu papel estratégico para a melhoria dos sistemas de saúde, e apenas na última década recebeu visibilidade no campo das políticas de educação na saúde, bem como nas pesquisas, o que ainda justifica a incipiência de seus efeitos na realidade da formação e do trabalho em saúde (COSTA, 2016; CÂMARA et al., 2016; REEVES, 2016).

Conceitualmente, a EIP ainda carrega uma série de vicissitudes semânticas que são responsáveis por gerar confusões com outros termos como interdisciplinar, multidisciplinar, transdisciplinar, multiprofissional, o que na verdade são abordagens complementares à interprofissionalidade e que, em sua acepção, é definida como ocasiões as quais duas ou mais profissões da área da saúde aprendem com, de e sobre cada uma delas para melhorar a colaboração e qualidade da assistência (BARR et al., 2005).

No tocante à PIP, essa é entendida como aquela em que profissionais atuam de forma integrada, compartilhando objetivos e colocando os usuários na centralidade do processo, e que para tanto pressupõe esforço mútuo, diálogo e compartilhamento de informações e ações, advindos de processos formativos ancorados na EIP, tendo em vista a resolutividade dos problemas de saúde da população (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010).

Embora no Brasil ainda sejam recentes as experiências sistematizadas sobre EIP e PIP, reconhece-se que há um consistente repertório de estratégias em curso e outras previstas no nível macro da política de saúde, o que favorece a indução para a implementação dessa abordagem no cenário nacional (PEDUZZI, 2016).

Com base nessa conjuntura, este artigo assume como tema central apresentar o conjunto de estratégias, do ponto de vista da gestão federal, como forma de elucidar aspectos na política nacional de saúde e que são identificadores para o processo de indução da abordagem da EIP e PIP no cenário brasileiro.

## **Percurso metodológico**

O percurso metodológico delineado para esse trabalho consistiu em identificar elementos chave presentes na política nacional de saúde, sustentado pela abordagem do institucionalismo histórico, o que permite, para o objeto do estudo, desvelar aspectos que evidenciam a incorporação das bases teóricas e metodológicas da EIP e PIP no arcabouço normativo macropolítico institucional do SUS.

O institucionalismo histórico, nessa perspectiva, permite abordar o conjunto de procedimentos, bem como demais aspectos oficiais, que são condicionantes para identificar as posições tomadas pelas instituições acerca de determinada estratégia (PIERSON, 2004).

Para tanto, foram utilizados documentos oficiais, como portarias, relatórios técnicos, planos de ação, notas técnicas, sumários executivos, manuais, dentre outros, para realização de levantamento e da análise da política nacional de saúde, no período de 2003 a 2017, compreendendo seu arcabouço legal normativo, para identifi-

cação de elementos chave que possibilitaram delinear características que demarcam evidências da presença dos pressupostos da EIP e PIP nesses instrumentos.

## **Iniciativas de educação e prática interprofissional presentes nas políticas de saúde e educação na saúde brasileira**

O Brasil apresenta uma trajetória mais consolidada de iniciativas que estão pautadas na implementação das PIP com ênfase no trabalho em equipe colaborativo, o que se deve à própria conformação do processo de trabalho em saúde previsto no arcabouço legal do SUS, do que a iniciativas que se utilizam da EIP, circunstância que evidencia que ainda são incipientes medidas previstas na política nacional de saúde que possibilitem sua maior utilização (PEDUZZI et al., 2013; PEDUZZI, 2016).

Sobre essas iniciativas, constatam-se aquelas existentes que até mesmo antecedem à criação do SUS e que apresentam proposições indutoras para a implementação da EIP no Brasil, como exemplo o Programa UNI (Programa – Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde), na década de 80, cuja base estrutural centrou-se nas atividades voltadas para a educação médica e da enfermagem. Embora o seu objetivo não apresente explicitamente a utilização da abordagem da EIP, reconhece-se que o programa visou aproximar a formação à realidade dos serviços de saúde, utilizando estratégias pedagógicas inovadoras com ênfase na interdisciplinaridade, no ensino baseado em problemas e no desenvolvimento de habilidades para o trabalho multiprofissional, sendo desenvolvido em cidades estratégicas do país e com resultados positivos (PEDUZZI et al., 2013; BARR, 2015).

Um marco de destaque para a indução da EIP no Brasil foi a instituição da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, no ano de 2004, por meio da Portaria GM/MS nº 198, que consolidou aspectos centrais para o desenvolvimento de ações formativas para os trabalhadores e profissionais de saúde na perspectiva da integração entre as mais diversas categorias, com ênfase no trabalho em equipe, tendo o SUS como espaço privilegiado para o aprendizado envolvendo estudantes das diversas áreas da saúde, atores da gestão, usuários dos serviços de saúde e os próprios trabalhadores responsáveis pela atenção à saúde (PEDUZZI et al., 2013).

A iniciativas de EIP no Brasil a partir das estratégias incorporadas nas políticas de saúde ganham destaque quando da criação, pelo Ministério da Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), no ano de 2003, que possibilitou a institucionalização da política de educação na saúde e o estabelecimento de iniciativas relacionadas à reorientação da formação profissional, com ênfase na abordagem integral do processo saúde-doença, na valorização da Atenção Básica e na integração entre as Instituições de Ensino Superior (IES), serviços de

saúde e comunidade, com a finalidade de promover o fortalecimento do SUS.

Destacam-se, nesse contexto, a instituição dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e outros voltados para as mudanças nas graduações da área da saúde, como o Pró-Saúde e PET-Saúde (CÂMARA; PINHO, 2015; COSTA et al., 2015).

Acerca das residências multiprofissionais, a partir da articulação entre Ministérios da Educação e Saúde, foi possível estabelecer formalmente a criação de programas de pós-graduação com previsão de contemplar diversas categorias profissionais da área da saúde em um único processo formativo, o que oportunizou o desenvolvimento de competências na lógica da interprofissionalidade, com atividades pedagógicas realizadas nos serviços de saúde.

Os pressupostos previstos no Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), criado no ano de 2005, pelo Ministério da Saúde, também contempla aspectos que, de certo modo, permitem estabelecer conexão com as bases da EIP. O Pró-Saúde teve como propósito a reorientação da formação profissional em saúde, com foco no aperfeiçoamento institucional das graduações da área da saúde, possibilitando maior aproximação com os serviços de saúde e adequação estrutural para o ensino na saúde (COSTA et al., 2015).

Já o PET-Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde), embora esteja ligado às diretrizes do Pró-Saúde, apresenta componentes estratégicos diferenciados, pois visa fortalecer a integração ensino-serviço-comunidade com a inserção direta dos estudantes da área da saúde, com acompanhamento de tutor, na realidade dos serviços de saúde. A conformação de grupos tutoriais contemplando estudantes de diferentes profissões da área da saúde torna-se um espaço propício para o desenvolvimento da abordagem da EIP (CÂMARA; PINHO, 2015).

Acerca do conjunto de estratégias acima apresentado, é cabível ressaltar a sua relevância para o processo de formação profissional em saúde, sobretudo no compromisso estabelecido pelos agentes formuladores da política nacional de saúde com importantes questões, tais como a melhoria da integração ensino-serviço-comunidade, o estímulo a mudanças curriculares, a valorização da AB como espaço para a formação, o encorajamento para o uso de metodologias ativas nas formações em saúde. Não obstante, pela recente incorporação do termo interprofissionalidade no cenário nacional, sua proposta bem como suas bases conceituais não estiveram claramente demarcadas nessas políticas, nem mesmo obtiveram aproximações consistentes com as definições apresentadas pelos principais organismos internacionais que assumiram a abordagem como tema central em seus processos organizativos, tal como o Centro para o Avanço da Educação Interprofissional (CAIPE), localizado no Reino Unido (PEDUZZI et al., 2013; CÂMARA; PINHO, 2015; COSTA et al., 2015).

Outro estratégico componente que perfaz o rol da política nacional de saúde e que favorece a abordagem de elementos da EIP no processo de formação dos profissionais de saúde são as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) das graduações da área da saúde. O Ministério da Saúde tem uma histórica participação nessa pauta, de forma mais enfática desde os anos 2000, o que garantiu a contribuição nos textos dos documentos, sendo incorporada nas diretrizes para a formação dos profissionais a necessidade de estabelecer competências gerais do futuro egresso para a atuação voltada para o trabalho em equipe (CECCIM, 2004).

Por se constituir enquanto marco legal, as DCN apresentam papel relevante na dimensão macropolítica para o fortalecimento da EIP e trazem orientações importantes a serem observadas tanto no nível médio como no micro, com implicações nos desenhos curriculares, na adoção do conteúdo e das metodologias, bem como nas mudanças nas relações interpessoais e interprofissionais.

Outro marco nesse movimento foi a formulação de estratégias políticas com a proposta de ampliação dos cursos de graduação em Medicina, uma vez que após estudos de dimensionamento da força de trabalho da categoria, constatou-se a necessidade de criar novas vagas para a referida graduação e a consequente necessidade de revisão das propositivas curriculares. Para subsidiar essa necessidade foi publicada a Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que institui o Programa Mais Médicos, o qual, dentre outras ações, preconiza aprimorar a formação médica no país (BRASIL, 2013).

O Programa Mais Médicos integra uma série de medidas no âmbito da gestão federal, sob coordenação dos Ministérios da Saúde e Educação. Dentre as suas finalidades visa combater as desigualdades de acesso com vistas a promover uma Atenção Primária à Saúde mais resolutiva (OLIVEIRA et al., 2015).

O programa apresenta-se estruturado em três eixos de ação, sendo o primeiro voltado para o investimento na melhoria da infraestrutura da rede de saúde, particularmente nas unidades básicas de saúde. O segundo consiste em promover a ampliação e reformas educacionais dos cursos de graduação em Medicina e residência médica no país, e o terceiro intitulado Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), que contempla as ações de provisão emergencial de médicos em áreas vulneráveis (BRASIL, 2015; OLIVEIRA et al., 2015).

Como desdobramento dessa política, foram elaboradas novas diretrizes curriculares para os cursos de graduação em Medicina no intuito de sustentar as mudanças apontadas pelo Programa Mais Médicos, o que possibilitou a criação de documento contemplando aspectos capazes de sustentar a adoção de estratégias facilitadoras para a EIP, em diferentes dimensões da realidade do processo de formação nas instituições de ensino superior no Brasil.



## Estratégias em curso

O Brasil vem empreendendo esforços para a incorporação da abordagem da EIP e da PIP no cenário nacional. Muitos deles são resultados do acúmulo histórico brasileiro, mas também representam desdobramentos de um evento promovido pela Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), no mês de dezembro de 2016, na cidade de Bogotá/Colômbia, em que se reativou a discussão da pauta da EIP no âmbito das políticas de educação na saúde. A reunião técnica intitulada *Interprofessional Education in Healthcare: Improving Human Resource Capacity to Achieve Universal Health* possibilitou a elaboração de uma ampla agenda de compromissos sobre o tema da EIP entre os Estados membros da OPAS.

Uma das estratégias centrais, produto da reunião, foi a elaboração de um Plano de Ação para a Implementação da EIP, sendo compromisso estabelecido para os países participantes da referida reunião, além da proposta da constituição de uma Rede Regional de EIP em Atenção à Saúde.

## Os recentes avanços da EIP na política nacional de saúde

O Ministério da Saúde, motivado pela agenda proposta pela OPAS/OMS e consequentes desdobramentos do evento ocorrido na Colômbia, priorizou a inclusão da pauta da EIP em suas estratégias para o fortalecimento da política nacional de saúde. De forma imediata promoveu articulações com o Ministério da Educação para a elaboração do Plano de Ação para Implementação da EIP no país.

A estruturação do plano partiu do levantamento das principais estratégias em desenvolvimento no país com potencial para aplicação dos pressupostos teóricos e metodológicos da EIP, levando em conta o arcabouço organizacional do SUS.

O plano, ainda em sua versão preliminar, prevê o conjunto de dez atividades, organizadas em cinco linhas de ação, dentre elas, inclui medidas para o fortalecimento da EIP como dispositivo para a reorientação dos cursos de graduação em saúde, por meio do estabelecimento de incentivo à adoção de ações de EIP em saúde nos cursos da área da saúde; apoio, no âmbito do Programa Mais Médicos, às novas escolas de Medicina para a efetivação da EIP em seus projetos pedagógicos e a priorização de elaboração de estratégias para sua inserção como pauta de discussão das DCN dos demais cursos de graduação em saúde, que se encontram em processo de atualização.

Outras linhas de ação estão voltadas para estratégias que visam realizar levantamento das iniciativas de EIP e PIP no Brasil, como forma de sistematizar e reconhecer experiências que se utilizam dessa abordagem no país, a partir de apoio

às IES parceiras que apresentam atuação relacionada ao tema da EIP.

Apoio à disseminação do tema da EIP e PIP a partir da realização de eventos também está previsto no plano. Acerca dessa proposta, o Ministério da Saúde apresenta trajetória reconhecida, como a interação com os movimentos nacionais que discutem sobre o tema. Prova é que participou e apoiou ativamente do I Colóquio Internacional de Educação e Trabalho Interprofissional, sediado na cidade de Natal, Rio Grande do Norte, no ano de 2013, sendo um evento de relevância para o debate da educação interprofissional no país (CÂMARA et al., 2016). No ano de 2017, acontecerá o III Colóquio, espaço em que se consolidará a constituição de uma Rede Brasileira de Educação e Trabalho Interprofissional, também com o apoio do Ministério da Saúde.

Ações relacionadas ao tema do desenvolvimento docente para a EIP também estão previstas no plano, juntamente com outras iniciativas que visam fortalecer os espaços de divulgação e produção do conhecimento em EIP, como o fomento a pesquisas sobre a abordagem.

De singular importância no contexto do trabalho em saúde no SUS, estão presentes no documento ações que visam dar concretude à EIP e PIP nos espaços de educação permanente. O plano contempla uma linha de ação com essa finalidade, a partir da definição de estratégias para o fortalecimento da abordagem em iniciativas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde em conjunto com o Ministério da Educação, como nas ações formativas previstas no eixo do provimento emergencial do Programa Mais Médicos, nas ações previstas a partir do apoio matricial, em sua dimensão pedagógica, conduzidas pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), além de outras estratégias para reconhecer as PIP no cotidiano do trabalho em saúde do SUS.

## Resultados alcançados

O Ministério da Saúde do Brasil, impulsionado pelo movimento de elaboração do Plano de Ação para a Implementação da EIP, apresenta expressivos resultados no cenário nacional.

Como exemplo, nos dias 05 e 06 de junho de 2017, organizada pelo Ministério da Saúde, ocorreu a oficina para alinhamento conceitual sobre EIP e PIP na área da saúde. Evento ocorrido em Brasília/DF, com a participação de representantes do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), diversas instituições de ensino, associações que apoiam e debatem o processo de formação profissional em saúde, como a Associação Rede Unida, OPAS e Ministério da Educação, cujo objetivo foi promover o alinhamento conceitual sobre a EIP e PIP como

estratégias para o fortalecimento da políticas de reorientação da formação profissional em saúde. O evento teve um espaço de debates coletivos da EIP em saúde, discutindo potências, limitações e desafios para a sua adoção nos diferentes cenários de formação e de produção dos serviços de saúde no país, além da apresentação da versão preliminar do Plano.

Outro resultado relevante para o tema da EIP e PIP no Brasil é a representação na Secretaria Executiva da Rede Regional de Educação Interprofissional em Atenção à Saúde, instância que contempla a participação de países da América Latina e Caribe.

Diversas iniciativas sobre o tema se encontram em andamento, como a realização de mapeamento das iniciativas de EIP no país e elaboração de diretrizes para a concepção de proposta formativa para atualização em desenvolvimento docente para a adoção da interprofissionalidade na formação em saúde.

O Ministério da Saúde, em parceria com instituições de ensino internacionais, também participa do processo para publicação de uma edição especial sobre EIP.

Com relação à pauta das DCN, consideradas como importantes instrumentos para nortear a educação das profissões de saúde no Brasil, no nível da macropolítica da educação e da saúde, o Ministério da Saúde apresentou recentemente um conjunto de recomendações no Documento Orientador à Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho (CIRHRT), do CNS para as DCN dos cursos de graduação na área da saúde com a finalidade incluir a abordagem sobre a EIP e PIP como estratégias para o desenvolvimento de competências para o trabalho em equipe interprofissional e para integralidade da atenção.

As recomendações expressam a clara intenção de que as DCN necessariamente devem contemplar aspectos que possibilitam promover a formação de um trabalhador apto a atuar para a integralidade da atenção à saúde, por meio do efetivo trabalho em equipe, numa perspectiva colaborativa e interprofissional.

Como forma de esclarecer determinadas terminologias que apresentam alinhamento aos aportes metodológicos e teóricos da EIP, as recomendações ainda abrangem aspectos relacionados ao preceito da integralidade que está intimamente associado à interdisciplinaridade, sendo essa a integração de diferentes campos de conhecimentos; enquanto a interprofissionalidade consiste em ocasião em que há intensa interação entre diferentes núcleos profissionais e a intersetorialidade o envolvimento de diferentes setores da sociedade no atendimento das complexas e dinâmicas necessidades de saúde.

No que tange à PIP, para as DCN se faz essencial entender sua concepção e complementaridade com a discussão da EIP, sendo aquela tida como a complementaridade de diferentes atores atuando de forma integrada, compartilhando objetivos em comum para alcançar os melhores resultados de saúde. O efetivo trabalho em equipe, dessa forma, precisa ser entendido para além de diferentes sujeitos dividindo o mesmo espaço. É um processo permanente de colaboração sustentado pela parceria, interdependência, compartilhamento de ações e finalidades e equilíbrio das relações de poder.

Práticas interprofissionais para o efetivo trabalho colaborativo em equipe, também são entendidas como ferramentas que valorizam e potencializam a atuação do usuário/paciente/sujeito, famílias e comunidades na tomada de decisões e na elaboração de ações e políticas que possam dar respostas às suas necessidades.

Partindo desses fundamentos teóricos, conceituais e metodológicos, as DCN devem estimular a elaboração de projetos terapêuticos assentados na lógica interprofissional e colaborativa, estimulando o autocuidado e a autonomia das pessoas, famílias, grupos e comunidades, reconhecendo os usuários como protagonistas ativos e coprodutores dos serviços de saúde.

O Ministério da Saúde intensifica em suas recomendações, enquanto órgão responsável pela formação de recursos humanos na área da saúde, de que, no tocante às DCN, as orientações para a elaboração dos Projetos Pedagógicos dos Cursos devem apresentar o detalhamento das estratégias pedagógicas que devem estar alinhadas aos princípios da interdisciplinaridade, intersetorialidade e interprofissionalidade como fundamentos da mudança na lógica de formação dos profissionais de saúde, superando os silos profissionais, tanto na formação quanto na dinâmica da produção dos serviços de saúde. E que trazer esses princípios é reforçar o compromisso pela integralidade da atenção – enquanto orientador dos processos de fortalecimento e consolidação do SUS. Para tanto, é também reconhecer a centralidade do usuário/paciente, familiares e comunidades na dinâmica do trabalho em saúde, superando a perspectiva do procedimento ou profissional centrado.

Em recente estudo que analisou as DCN para cursos de Enfermagem, Odontologia e Medicina, na perspectiva dos fundamentos para a adoção de estratégias que promovam EIP em IES no Brasil, foram encontrados achados importantes, sobretudo relacionados a avanços no texto das DCN da graduação de Medicina, publicadas no ano de 2014 (FREIRE FILHO et al., 2017).

As versões das DCN de 2001 e 2002 dos três cursos, de uma forma geral, não apresentam aspectos relacionados às bases teóricas da educação interprofissional e do trabalho colaborativo. Apresentam de uma forma genérica a valorização da interdisciplinaridade e do trabalho em equipe, mas sem fazer referência às relações inter-

profissionais. A totalidade dos textos apresentam destaque para as competências específicas, com poucos elementos voltados à formação das habilidades colaborativas.

Assim, apenas as diretrizes do curso de Medicina permitem identificar, de forma mais enfática, a inserção da EIP como fundamento das transformações do processo de formação. O texto de 2014 apresenta a intencionalidade de construir processos de organização curricular em sintonia com a dimensão macro da política de saúde, necessária ao fortalecimento do sistema de saúde. Para tanto, destaca o trabalho interprofissional como capaz de atender de forma mais resolutiva, eficiente e eficaz as dinâmicas e complexas necessidades de saúde da população no contexto atual. Esse trecho das novas DCN é um importante reconhecimento de que a lógica defendida pela EIP e pelo trabalho colaborativo é coerente com as dinâmicas e complexas necessidades de saúde do contexto nacional e global (FREIRE FILHO et al., 2017).

O debate sobre as DCN da Medicina, relacionados à EIP, por ser uma categoria profissional hegemônica, marca o potencial para estimular o fortalecimento da abordagem em nível nacional. O Ministério da Saúde, para a elaboração das diretrizes das demais categorias profissionais da área da saúde, segue as mesmas estratégias para incorporação de elementos da EIP, como forma de incentivos importantes no nível macro da realidade.

## Comentários finais

Embora com importantes avanços, sobretudo com definição de estratégias prioritárias para a indução da abordagem, a EIP ainda se apresenta como desafio no campo da política nacional de saúde, mesmo com o reconhecimento do conjunto de medidas para impulsionar o tema na realidade brasileira. Todavia, ainda permanecem iniciativas isoladas, que ainda não foram capazes de serem incorporadas na cultura da formação em saúde. Mantêm-se comuns equívocos conceituais, por acreditar que juntar alunos num mesmo espaço é fazer a interprofissionalidade.

Cabe destacar que é recente a institucionalização do componente da educação na saúde na política de saúde brasileira, e, por conseguinte, a abordagem sobre a EIP e PIP, o que justifica o cenário apresentado. Contudo, várias medidas estão presentes no bojo da política nacional de saúde, como prioritárias para avançar de forma mais consolidada sobre o tema. Alguns aspectos talvez sejam cruciais para o desenvolvimento da EIP e PIP no país, o que consiste em assegurar a sua implementação em todos os níveis da realidade que estejam relacionados com a abordagem. Para tanto, os Ministérios da Saúde e da Educação precisam se comprometer a coordenar, monitorar e acompanhar esses processos para promover efetivas mudanças tanto na realidade institucional, com a clareza de intencionalidade maior para alcançar os níveis

meso e micro da realidade, quanto nas relações profissionais, de forma a consolidar a EIP no cenário nacional e, então, desencadear melhorias na qualidade da atenção à saúde no SUS.

## Referências

BARR, H. **Interprofessional education: the genesis of a global movement**. London: Centre for Advancement of Interprofessional Education, 2015.

BARR, H. et al. **Effective interprofessional education: arguments, assumption & evidence**. Oxford: Blackwell, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº. 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Lei nº 12.871, D. D. O. D. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis n. 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e n. 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa mais médicos - dois anos: mais saúde para os brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 128 p. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa\\_mais\\_medicos\\_dois\\_anos.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_mais_medicos_dois_anos.pdf)>. Acesso em: 25 set. 2017.

CÂMARA, A. M. C. S.; PINHO, D. L. M. A educação interprofissional no PET-Saúde: uma experiência de educação transformadora. In: XXV FÓRUM NACIONAL DE ENSINO EM FISIOTERAPIA E II CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO EM FISIOTERAPIA. **Cadernos de educação, saúde e fisioterapia**, v. 2, n. 3, supl. 1, p. 1, 2015. Disponível em: <<http://revista.redeunida.org.br:9000/ojs/index.php/cadernos-educacao-saude-fisioter/article/view/441>>. Acesso em: 25 set. 2017.

CÂMARA, A. M. C. S. et al. Educação interprofissional no Brasil: construindo redes formativas de educação e trabalho em saúde. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 9-12, 2016.

CECCIM, R. B. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro, Hucitec, 2004. p. 259-278.

COSTA, M. V. D. The interprofessional education in Brazilian context: some reflections. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 197-198, 2016.

COSTA, M. V. D. et al. Pró-Saúde e PET-Saúde como espaços de educação interprofissional. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 19, supl. 1, p. 709-720, 2015.

FREIRE FILHO, J. R. et al. New national curricula guidelines that support the use of interprofessional education in the Brazilian context: An analysis of key documents. **Journal of Interprofessional Care**, Abingdon, p. 1-7, Sep. 2017.

OLIVEIRA, F. P. D. et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 19, n. 54, p. 623-634, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa**. Genebra: WHO, 2010.

PEDUZZI, M. O SUS é interprofissional. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 199-201, 2016.

PEDUZZI, M. et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 977-983, 2013.

PIERSON, P. **Politics in time: history, institutions, and social analysis**. Princeton University Press, 2004.

REEVES, S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 185-196, 2016.

# EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COLABORATIVAS EM SAÚDE

**Marina Peduzzi**

Apresenta-se reflexão sobre a educação interprofissional (EIP) e suas relações com trabalho em equipe e prática colaborativa, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). No Brasil, o processo de construção do SUS permitiu muito aprendizado a todos que estiveram e ainda estão envolvidos: gestores, trabalhadores, usuários e população de todas as regiões do país, bem como a conformação de uma Atenção Básica (AB) admirável pela sua efetividade e impactos positivos na saúde da população (MACINKO; HARRIS, 2015; RASELLA et al., 2014). Nesse processo, observa-se que o trabalho em equipe e colaboração avançaram mais no cotidiano dos serviços, em especial de AB, do que na formação dos profissionais da saúde. Entendo que isso decorre, dentre outras razões, da mobilização que as demandas dos usuários, famílias e comunidade dos respectivos territórios provocam nos serviços de saúde em busca de mudanças e respostas mais amplas e efetivas às necessidades de saúde reconhecidas em diálogo com a população. Embora a educação e formação estejam integradas às práticas de saúde, estas avançaram mais na prática colaborativa do que a EIP.

Se pensarmos nos desafios do trabalho no SUS, trabalho em equipe e colaboração são pequenos componentes, contudo, com potência para qualificar a atenção à saúde na medida em que permitem avançar na abordagem integral do cuidado necessário para o perfil de população com aumento da expectativa de vida e de condições crônicas. Entende-se que a EIP contribui na formação de profissionais da saúde que estejam melhor preparados para o desafio que é trabalhar junto e de forma integrada na perspectiva da integralidade.

Cabe destacar que a proposta da EIP não é nova. O primeiro documento da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre a EIP é de 1988 (WHO, 1988), década em que foi criado, na Inglaterra, o centro de aperfeiçoamento da educação interprofissional (Centre of Advancement of Interprofessional Education – Caipe) vinculado ao sistema de saúde inglês (National Health Service). Em 2010, a OMS publicou novo documento sobre o tema que constitui um marco de referência para ampliar o debate sobre EIP em nível mundial (OMS, 2010). No mesmo ano outras três publicações recomendam EIP: o dossiê sobre formação dos profissionais de saúde para o século XX, publicado na revista Lancet (FRENK et al., 2010), o marco de referência canadense sobre competências colaborativas (CIHC, 2010) e o marco de referência



para EIP norte americano (IPEC, 2011), que também traz os domínios das competências colaborativas.

As quatro últimas publicações referidas acima apontam que a EIP está fortemente relacionada ao desafio da prática colaborativa e do trabalho em equipe. Isso pressupõe a existência de relação recíproca, de mútua influência e profundo imbricamento, entre a formação dos profissionais da saúde e as práticas de atenção à saúde – concepção reconhecida por detrás da ideia da EIP que norteia a presente reflexão e também presente no SUS, cuja construção e consolidação ocorrem ancoradas na premissa das relações dialéticas entre práticas de atenção à saúde, de gestão em saúde, de participação social e de formação profissional e educação permanente (PEDUZZI et al., 2013).

A EIP e a atenção à saúde estão colocadas no cenário de profundas mudanças do mundo da produção. Desde os anos 1970 estão em curso mudança no mundo do trabalho com consequências muito marcantes para os trabalhadores como o denominado desemprego estrutural e a reengenharia produtiva (ANTUNES, 2005), essa última na direção da menor divisão do trabalho e de estruturas organizacionais mais enxutas e horizontais apoiadas no trabalho em equipe. No novo modelo de produção flexível sob o paradigma da reatividade à demanda nos moldes pós-fordistas, os trabalhadores não estão mais submetidos ao modelo taylorista-fordista clássico da estrita divisão do trabalho, mas subordinados a novas formas de exploração e sofrimento no trabalho como sobrecarga crônica e intensificação do trabalho cotidiano (SOUZA, 2016).

Essa nova dinâmica de trabalho atinge todos os setores de produção e também o setor saúde, onde os trabalhadores estão expostos, de um lado, à organização do trabalho regida pela reatividade à demanda, ou seja, o aumento do número de usuários com seu fluxo, em grande parte imprevisível, para uma quantidade insuficiente de trabalhadores (SOUZA, 2016), e de outro, a necessidade crescente de fazer frente a fragmentação das ações, na qual se encontra a proposta de trabalho em equipe e prática colaborativa.

Deve-se reconhecer que a qualidade do que é produzido no cuidado em saúde será impactado pela possibilidade de integração ou pela manutenção da fragmentação, e que, portanto, o trabalho em equipe tanto responde ao novo modelo de racionalidade do trabalho pós-fordista acima referido, como constitui uma tendência na organização do trabalho em saúde para responder aos novos desafios colocados pelas mudanças em curso: no modelo de atenção à saúde que se busca constituir orientado à integralidade da saúde; no perfil demográfico e epidemiológico da população brasileira, com o aumento da expectativa de vida e envelhecimento e das condições e doenças crônicas; bem como da complexidade da rede de atenção à saúde. É nesse movimento de mudanças objetivas e profundas no mundo do trabalho e, em particular

na atenção à saúde, que a EIP aparece como uma alternativa ao modelo estritamente uniprofissional de formação dos profissionais da saúde.

No século XX acompanhamos o desenvolvimento extraordinário de conhecimentos e tecnologias e cabe perguntar: como isso chega ao cuidado em saúde? Nesse contexto, a EIP configura-se como um movimento que busca integrar a formação interprofissional à formação especializada, visto que as disciplinas e respectivas práticas profissionais, de cada área, desenvolveram saberes, conhecimentos e tecnologias para responder do seu específico ângulo de vista às necessidades de saúde. Cada área constitui ricas e eficazes possibilidades de leitura e de atenção às necessidades de saúde, mas disfuncionais, se considerada a enorme fragmentação das ações de cuidado. A EIP busca responder aos desafios apontados, reconhecendo que ela própria deve se desenvolver de forma integrada à formação especializada das áreas, bem como de forma complementar à interdisciplinaridade (FURTADO, 2007).

No SUS, em especial na AB, se reconhece a integralidade da saúde e a necessidade de um cuidado ancorado na concepção ampliada de saúde (CAMPOS; AMARAL, 2007), que permita atenção às necessidades de saúde de usuários, famílias e grupos sociais de forma contextualizada ao seu modo de vida e de trabalho. Então, a integralidade, as mudanças do perfil demográfico e epidemiológico, bem como a crescente complexidade das necessidades de saúde da rede de atenção à saúde, são o pano de fundo onde está colocada a necessidade da EIP.

A EIP entendida como intervenções nas quais membros de mais de uma profissão da área da saúde aprendem juntos de forma interativa, com o explícito propósito de melhorar a saúde e bem estar dos pacientes (REEVES et al., 2016), busca promover a educação dos profissionais de saúde, desde a formação inicial de graduação, com competências para o trabalho em equipe e a prática colaborativa no contexto do SUS (PEDUZZI et al., 2013).

Especificamente na AB e apesar do país ter dimensões continentais e profundamente heterogêneas, o processo de construção e consolidação do SUS conseguiu implantar e manter em funcionamento até o presente momento aproximadamente 40.000 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), modelo reconhecido, como apontado antes, como efetivo na melhoria das condições de saúde da população. Nesse cenário, a EIP contribui na formação de profissionais com um melhor preparo para enfrentar o mundo do trabalho acima referido e, em particular, a intensa fragmentação das ações e da rede de atenção que requer competências de colaboração interprofissionais.

As 40.000 equipes da ESF inseridas na AB do SUS, constituem cenários de práticas privilegiados para o aprendizado compartilhado e interativo entre estudan-

tes e profissionais das diferentes áreas que compõem as equipes da ESF, de Saúde Bucal e dos Núcleos de Apoio à Estratégia Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2012). A EIP pode contribuir para o aprendizado colaborativo em serviços com trabalho em equipe e práticas colaborativas. No Brasil, a EIP também tem o desafio de preparar profissionais para dar continuidade ao processo de construção do SUS que tem sucessos e enfrenta empasses e dificuldades, especialmente no atual contexto de ataques que podem provocar retrocessos na política pública de saúde.

O fato de existirem equipes que reúnem diferentes profissionais no mesmo local de trabalho atendendo os mesmos usuários, não configura automaticamente equipes integradas e colaborativas, sendo este um dos desafios colocados: formar profissionais para dar continuidade à organização de um sistema de saúde apoiado nos princípios da universalidade do atendimento, integralidade da atenção, equidade e participação social. Os alunos vão para as Unidades de Saúde e alguns se deparam com equipes que estão mais integradas e outros com equipes que estão fragmentadas, ou seja, as equipes variam muito e é importante diferenciar equipes efetivas e equipes fragmentadas ou pseudo-equipes porque apenas têm o nome de equipes, mas não funcionam de forma colaborativa (WEST; LYUBOVNIKOVA, 2013).

Na última década, a literatura sobre EIP, trabalho em equipe e práticas colaborativas destaca como um de seus elementos chave alcançar uma dinâmica de trabalho que mostre que há colaboração entre os profissionais e destes com usuários, famílias e comunidade. A colaboração é voluntária e não pode ser introduzida nas práticas de saúde por decreto. Não se ordena a colaborar, por isso, o desafio da EIP é formar profissionais que tenham competências que possam ser mobilizadas na sua inserção nos serviços, grupos de trabalho e equipes de trabalho, buscando colaboração em aprendizado compartilhado com os demais profissionais, gestores, usuários, famílias e comunidade.

Outros dois elementos chave na construção do trabalho em equipe e práticas colaborativas são a atenção centrada no usuário e a definição de objetivos comuns compartilhados e centrados nos usuários, famílias e comunidade dos territórios. Cada equipe terá sua própria dinâmica e autonomia no planejamento de suas ações, mas é fundamental que os fluxos de trabalho, de atendimentos e outros estejam associados às características da população atendida.

As universidades e instituições de ensino superior precisam se engajar nas práticas de saúde do SUS e preparar, em diálogo com os serviços da rede de atenção, estudantes e profissionais com competências (conhecimentos, habilidades e valores) para problematizar a atenção à saúde e reconhecer as situações relacionadas ao cuidado que requerem mobilizar determinadas competências. E a marca central da EIP é o aprendizado compartilhado dessas competências com estudantes e profissionais de outras áreas. Não se trata de um aprendizado que vai ocorrer isoladamente nas

salas de aula, mas de um aprendizado que ocorre de forma interativa com colegas de outras profissões em diferentes cenários de prática. O aprendizado se dá na medida em que os estudantes convivem em experiências reais com profissionais e estudantes de outras áreas. A convivência é aprendizado. Em geral, os egressos dos cursos de graduação em saúde trazem uma visão estereotipada das demais áreas de atuação, que tende a desqualificá-las e um dos motivos disto é a ausência de experiência de troca de aprendizado conjunto com colegas das diferentes áreas.

Um dos atributos mais relevantes do trabalho em equipe e prática colaborativa interprofissional é a comunicação efetiva. Estudantes e profissionais da saúde aprendem a desenvolver habilidades de comunicação com os usuários, o que é determinante para a qualidade do cuidado. No entanto, pouco aprendem sobre a comunicação com os diferentes profissionais do campo da saúde, têm escassas experiências de trocas com estudantes de outras áreas, não desenvolvendo habilidades para discutir as situações trazidas pelos usuários ou reconhecidas pelos estudantes, questionar, discordar e apresentar alternativas. A comunicação efetiva vai permitir que as diversas áreas profissionais envolvidas na atenção à saúde potencializem todo o conhecimento e recursos que trazem para responder às necessidades de saúde colocadas pelos usuários, famílias e comunidade. Aprender junto, de forma compartilhada, colaborativa e interativa com o explícito propósito de melhorar as práticas de cuidado é o que caracteriza o que chamamos de EIP.

Barr (1998), que é um dos fundadores e coordenadores do Caipe na Inglaterra, analisa três domínios de competência necessários para o trabalho interprofissional. A primeira refere-se às competências específicas trazidas pelos profissionais de cada área aprendidas com base na educação especializada. Mas não basta a formação especializada, devido à complexidade e a integralidade da saúde, portanto, há outro domínio de competências comuns a todas as profissões ou comuns a algumas profissões que ampliam seu horizonte de atuação e pode configurar sobreposições entre as diferentes áreas. Um exemplo clássico de competência comum na AB é o acolhimento, que se refere a uma concepção e a um dispositivo que permite acolher as demandas dos usuários e junto com eles encontrar alternativas de atenção e cuidado. Outro exemplo é a assepsia e antisepsia, que também são comuns entre as diferentes áreas da saúde. Assim, cada vez mais se reconhecem competências comuns entre as diversas profissões que podem gerar conflitos, mas também aprendizado e mudanças. Daí a necessidade do terceiro domínio apresentado por Barr (1998) e Barr et al. (2005), as competências colaborativas que consistem no aprendizado de saberes, habilidades e atitudes que permitem trabalhar em uma perspectiva colaborativa interprofissional.

O que são as competências colaborativas? O Canadá tem uma importante experiência de EIP e práticas colaborativas e em 2010 publicou um marco de refe-

rência Canadian Interprofessional HealthCollaborative sobre competências colaborativas reunidas em seis domínios: comunicação interprofissional, atenção centrada no paciente, clarificação de papéis, dinâmica de funcionamento da equipe, liderança colaborativa e resolução de conflitos interprofissionais (CIHC, 2010). Outro documento apresenta a análise das competências colaborativas a partir das experiências do grupo norte americano Interprofessional Education Collaborative Expert Panels (IPEC, 2011), que inicia com base na publicação canadense e segue com nova revisão de literatura cuja análise resultou em quatro domínios: os dois principais iguais ao canadense: comunicação interprofissional e atenção centrada no paciente, além de valores éticos para prática interprofissional, clarificação de papéis e responsabilidades e trabalho em equipe. A comunicação é muito importante porque a disposição para reconhecer o que o colega faz e como isso pode estar conectado com o que eu faço (trabalhando de forma colaborativa), passa pela comunicação mediada pela linguagem verbal ou não verbal.

O SUS também foi constituído como um sistema de saúde com foco nas necessidades de saúde de usuários, famílias e comunidade dos territórios. Existe um forte debate em relação às práticas pautadas no deslocamento da lógica de atenção a saúde centrada nos serviços e nas profissões, para o cuidado centrado nas necessidades de saúde, o que constitui um dos fios condutores do processo de construção do SUS. Busca-se construir práticas que estejam de fato focadas e orientadas para as necessidades dos usuários e isso ao mesmo tempo requer e provoca formas mais colaborativas de trabalho interprofissional. Estimular os estudantes a buscar recursos para que seja feito esse deslocamento – os estudantes tendem a estar e ser muito sensíveis às necessidades de cuidado dos usuários e população. Toda a formação tem o desafio de tentar fazer esse deslocamento, e é isso que a EIP tenta trabalhar, buscando instrumentalizar e preparar os estudantes para eles trabalharem nesse paradigma – centrados nas necessidades de saúde dos usuários, famílias e comunidade.

Outra competência colaborativa que merece destaque é a clarificação de papéis dos membros da equipe, pois os profissionais de saúde tendem a ter uma visão muito limitada e até mesmo estereotipada das demais áreas profissionais e os estereótipos são calcados em uma visão preconceituosa e desqualificadora do outro. Por exemplo, quando se diz “a enfermeira dá injeções”, ocorre uma redução que desqualifica o âmbito de atuação da profissional. A mesma ocorre com o médico, com a imagem de que “só sabe fazer receita”. Como se faz EIP se o trabalho está pautado em visão tão restrita acerca da atuação do colega de outra área? Deve-se promover aprendizado que permita ter uma visão mais ampla e clara da contribuição de cada uma das profissões na atenção à saúde de qualidade.

Em geral, também há uma visão estereotipada do que seja uma equipe interprofissional entendida como mero conjunto de profissionais trabalhando no mesmo lugar

no mesmo turno e atendendo as mesmas pessoas. Sabe-se que não é isso. Estudantes e profissionais precisam aprender sobre como se constroem equipes, a identidade de pertencimento a uma equipe para manter a dinâmica de trabalho com base no compartilhamento de objetivos, abordagem de cuidado, valores e responsabilidades.

A liderança colaborativa também é reconhecida como uma competência que deve ser desenvolvida pela EIP. Cada vez mais se reconhece que a liderança é um fenômeno comunicativo e que ela é dinâmica e deve promover colaboração. Estudos mostram o papel importante da liderança para promover colaboração. Seja na formação dos profissionais, seja nas práticas, é relevante desenvolver habilidades para motivar as pessoas a irem numa certa direção e participarem dos processos.

Por fim, a resolução de conflitos interprofissionais que também é reconhecida como competência colaborativa. O conflito faz parte das práticas e é importante reconhecê-lo e aprender a lidar com ele de forma compartilhada com os demais profissionais da equipe, do serviço e da rede de atenção à saúde.

Recente revisão de literatura sobre EIP buscou conhecer a efetividade das intervenções interprofissionais (REEVES et al., 2016). Os autores investigaram efeitos de contexto, de processo de aprendizagem e de produtos e identificam que um dos aspectos com maior consenso é a necessidade de apoio institucional sem o qual é muito difícil articular a EIP à educação uniprofissional, ainda predominante. Outro aspecto destacado na revisão é a necessidade de flexibilidade das grades curriculares, pois a rigidez das grades uniprofissionais dos diversos cursos dificulta enormemente intervenções de aprendizados interprofissionais.

Em relação ao processo de aprendizagem interprofissional, também é relevante o aprendizado teórico-prático nos serviços de saúde. A tendência será os estudantes aprenderem cada vez menos em salas de aula e cada vez mais em distintos cenários de práticas, junto a profissionais de diversas áreas, de forma compartilhada e interativa. Contudo, também é importante o aprendizado reflexivo, pois para os grupos e equipes de trabalho se integrarem, é preciso tempo para refletir e não só tempo para produzir.

## Referências

ANTUNES, R. **O caracol e sua concha: ensaios sobre a nova morfologia do trabalho.** São Paulo: Boitempo, 2005.

BARR, H. Competent to collaborate; towards a competency-based model for inter-professional education. **Journal of interprofessional care**, Abingdon, v. 12, no. 2, p. 181-188, 1998.

BARR, H. et al. **Effective interprofessional education: arguments, assumption & evidence.** Oxford: Blackwell, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2017.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849-859, jul./ago, 2007.

CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE (CIHC). **A national interprofessional competence framework.** Vancouver: Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010.

FRENK, J. et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **Lancet**, London, v. 376, no. 9756, p. 1923-1958, Nov. 2010.

FURTADO, J. P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 11, n. 22, p. 239-255. 2007.

INTERPROFESSIONAL EDUCATION COLLABORATIVE GROUP (IPEC). **Interprofessional Education Collaborative Expert Panel.** Core competencies for interprofessional practice: report on an expert panel. Washington, 2011.

MACINKO, J.; HARRIS, M. J. Brazil's Family Health Strategy – delivering community-based primary care in a universal health system. **N. Engl. j. med.**, Boston, v. 372, no. 23, p. 2177-2181, June 2015. Disponível em: <<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1501140>>. Acesso em: 22 ago. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa.** Genebra: WHO, 2010. Disponível em: <[http://new.paho.org/bra/images/stories/documentos/marco\\_para\\_acao.pdf](http://new.paho.org/bra/images/stories/documentos/marco_para_acao.pdf)>. Acesso em: 22 ago. 2017.

PEDUZZI, M. et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 977-983, ago. 2013.

RASELLA, D. et al. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. **BMJ**, London, v. 349, p. 1-10, 2014. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/bmj/349/bmj.g4014.full.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2017.

REEVES, S. et al. A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME guide no. 39, **Med. teach.**, London, v. 38, no. 7, p. 656-668, 2016.

SOUZA, H. S. O processo de trabalho em enfermagem sob o fluxo tensionado. In: SOUZA, S. H.; MENDES, A. **Trabalho & saúde no capitalismo contemporâneo: enfermagem em foco**. Rio de Janeiro: DOC Saberes, 2016. cap. 4, p. 87-111.

WEST, M.; LYUBOVNIKOVA, J. Illusions of teams working in health care. **J. health organ. manag.**, Bradford, v. 27, no. 1, p. 134-142, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Learning together to work together for health**. Report of a WHO Study Group on Multiprofessional Education for Health Personnel. Genebra: World Health Organization, 1998. p. 1-72.



# INTERPROFISSIONALIDADE E EXPERIÊNCIAS DE APRENDIZAGEM: INOVAÇÕES NO CENÁRIO BRASILEIRO

*Ricardo Burg Ceccim*

## *I n t r o d u ç ã o*

Trabalhar de comum acordo ou trabalhar com outros? A regulamentação de uma atividade profissional serve à reserva de mercado ou à proteção dos usuários das práticas regulamentadas? A definição de atribuições privativas das profissões serve ao projeto de formação e desenvolvimento profissional ou serve à delimitação de exclusividade sobre determinados campos de prática e, portanto, à perenidade das profissões? A profissionalização representa delimitação precisa de territórios de atuação ou capacidade de conexão com demandas pelos saberes profissionais? A atuação por categoria profissional responde à necessidade de uma configuração estreita para cada fazer tecnocientífico ou à ampliação do contato com e acolhimento de situações complexas? A ampliação da capacidade de resposta profissional resulta da elevação da possibilidade de responder sozinho às demandas em saúde ou da potência de interação entre profissionais e entre profissionais e usuários? A elevação da qualidade da atenção à saúde está na profissionalização focada nos interesses das respectivas corporações ou centrada nas necessidades dos usuários, num compromisso com a resolubilidade e a integralidade? Práticas fortemente colaborativas ou de ativa cooperação armam melhor as fronteiras interprofissionais ou interrogam essas fronteiras no interior de seus respectivos saberes-fazer? Essas são questões candentes à reflexão sobre a relação trabalho-profissões, disciplinas do conhecimento e profissões regulamentadas, servem a um debate sobre interprofissionalidade e experiências de aprendizagem.

O processo de trabalho em saúde, com todas essas perguntas, foi interrogado no Brasil, no bojo da construção dos desígnios de nossa reforma sanitária, de nossa invenção da saúde coletiva e de nosso projeto de revisão e crítica da formação profissional em saúde. Autor inaugural no campo, Gastão Wagner de Souza Campos nos fez pensar um anti-Taylor no trabalho em saúde, mas Luís Carlos de Oliveira Cecílio ainda propôs um anti-Fayol, Emerson Elias Merhy o trabalho vivo em ato na saúde e eu propus a entredisciplinaridade (CAMPOS, 1998; 1999; CECÍLIO, 2007; MERHY, 1997; 2005; CECCIM, 2004). São caminhos entre outros, mas que têm afrontado com propostas os dilemas perpetrados por tais perguntas.

Desenvolvemos, no Brasil, conceitos e práticas inovadores ao trabalho e à formação em saúde, temos experiências concretas de ação e formulação de políticas que se ocuparam de articular o trabalho em equipe com a presença multiprofissional e um pensamento interdisciplinar. Campos introduziu as noções de “campo e núcleo de conhecimentos e práticas”, de “equipe de referência e apoio matricial especializado” e de “clínica ampliada”, o autor também reivindica a “intercessão” da saúde coletiva, psicanálise e educação na composição da atenção integral à saúde. Merhy fala de uma “clínica em defesa da vida”, da “micropolítica do trabalho vivo em ato na saúde” e da “produção do cuidado como a alma do agir em saúde”. O autor desafia-nos por uma pedagogia da implicação: educação integrada ao trabalho como singularização do fazer cotidiano. As Diretrizes Curriculares Nacionais trouxeram a nomenclatura das competências e habilidades gerais como área da saúde e as competências e habilidades específicas como a especificidade por categoria profissional. A noção de entredisciplinaridade desafia ao exercício profissional em “zonas de intercessão”, não zonas de intersecção interdisciplinar, antes a perda das linhas de fronteira quando se está em equipe, zona de tensão em favor da disruptura das formas prévias e zona de exigência de criação, assim como a ideia de uma clínica da integralidade (não ampliada, mas a da Grande Saúde, como em Nietzsche). Nenhuma das noções se equivale, são contribuições ao pensamento, não prescrevem práticas, se propõem a colocar em análise o trabalho e a formação em saúde.

Quanto à saúde coletiva ou à educação na saúde, a introdução das teorias da complexidade, tem desafiado ao uso do prefixo “inter” quando se trata da ciência, da pesquisa e do ensino. São comuns termos como interdisciplina, interação, interface, intercâmbio, intercomunicação, intersectorialidade, além de propostas de gestão afetas à ação intergovernamental, intergestores e de interligação de políticas ou, ainda, ações interinstitucionais de integração, construção da integralidade e orientação pela inteireza. Mais recentemente, começamos a falar em “interprofissionalidade”, uma condição principalmente de práticas colaborativas, o que inclui tudo aquilo que pertence ao campo – e que os núcleos cooperam em sua composição –, como tudo aquilo que podemos desenvolver como “núcleo comum” ou tudo aquilo que podemos realizar mediante apoio ou que não temos autonomia, exceto como membros de uma equipe. Conforme Nicole Rege Colet (2002), ao propor uma pedagogia universitária pela interdisciplinaridade, a interprofissionalidade articula-se no campo epistemológico, devido à integração de conhecimentos, e no campo pragmático, segundo a colaboração que tem lugar no exercício do trabalho. Uma noção que não supera a de trabalho multiprofissional e interdisciplinar quando se trata de afirmar que o trabalho em equipe requer e reconhece a convergência de várias profissões em favor da maior abrangência em acolhimento de necessidades e segundo a composição em ato das possibilidades à resolubilidade assistencial.

O “núcleo comum” entre as várias categorias profissionais as reúne em pequenos e grandes grupos de compartilhamento, ainda assim submetido a práticas colaborativas somente emergentes em cada agrupamento real, cada lugar em concreto,

cada situação particular e cada singular processo de construção de trocas, apoios, compromissos e estratégias de compartilhamento solidário pelo maior acolhimento e maior resolubilidade. O núcleo comum, portanto, é móvel e é vivo, fazendo-se em ato, mesmo que consumado em um plano de interfaces objetivas quando há indistinação real das separações. As profissões não preexistem às práticas, elas decorrem das práticas. Se as práticas já existiam antes de uma profissão, elas eram executadas por quem as aprendia/apreendia, valendo o domínio de competências e habilidades, não a posse de um título. Se o tratamento de doenças é objeto nuclear da medicina, não faz sentido supor que qualquer profissão de saúde esteja em serviços sanitários sem intenção de intervenção terapêutica; se o cuidado é objeto nuclear da enfermagem não é razoável admitir que se diagnostica, prescreve e submete alguém a tratamento sem cuidar dessa pessoa, seus familiares e seu grupo social; se a escuta é objeto nuclear da psicologia, também é óbvio que não se pode cuidar e tratar sem escutar. É justamente porque mais profissionais sabem (vêm a saber) que uma categoria pode saber mais e é desafiada a saberes mais profundos. Na popularização da ciência e na transversalidade de saberes e práticas na sociedade, os conhecimentos um dia profissionais serão conhecimentos populares. Um exemplo clássico é a terapia de reidratação oral, um dia saber de médicos pediatras, hoje saber das comadres. É com esse preâmbulo que pretendo colocar em cena um debate introdutório ao tema da interprofissionalidade, segundo as experiências de aprendizagem em cenários de inovação nas práticas e na formação em saúde no Brasil.

## **Da fragmentação à ativação de interfaces: “geografias-menores”**

A fragmentação de saberes ou a superespecialização operam em territórios de oposição à complexidade, assim, quando necessária, esta exige/impõe a organização de equipes “multidisciplinares”. É aí que a figura “trabalho multiprofissional e interdisciplinar” retorna vertiginosamente e reinscreve o trabalho em equipe como uma imposição do “cuidado”. Evidências estão nas áreas de oncologia pediátrica, transplante de medula e neurocirurgia, mas exemplifico com o câncer de mama, tão frequente em nosso meio: fora de cogitação supor a integralidade da atenção em situação de mastectomia sem a presença da fisioterapia, da psicologia, da enfermagem pré e pós-cirúrgica ou de educação em saúde, entre outras. Todos sabem que o trabalho isolado somente é viável se a mulher encontrar seus grupos de ajuda, grupos de Internet e grupos de mulheres, uma vez que sem a integração em equipe, cabe a ela “inventar” a integralidade, a inteireza, a ressingularização de sua feminilidade e a reconfiguração de sua sexualidade.

Ser membro de uma equipe sob práticas colaborativas, em “trabalho protegido”, em ação multiprofissional e interdisciplinar, reconhecendo a atuação em campo e núcleo de conhecimentos e práticas retira limites e habita potências de criação (CEC-CIM, 2004). Aceitar que é assim e aprender a viver assim vai requerer a experiência

da educação interprofissional. Não se derruba imaginários tradicionais sem práticas educativas correspondentes. Já a interseção dos conhecimentos e habilidades das várias categorias profissionais responde ao objetivo de atender às necessidades em saúde, proteger estados saudáveis e promover a qualidade de vida. Não se prenuncia alguma forma de atuar que implique o abandono do núcleo de conhecimentos de cada categoria profissional da saúde, senão que atuem em compatibilidade e compartilhamento da integralidade da atenção e do acolhimento. A lógica interprofissional cria condições mais favoráveis para o trabalho em equipe e permite tirar o melhor proveito possível dessa condição. Por si só a expressão “práticas colaborativas” já diz muito!

Se o campo comum tende a ser aceito na noção de campo da saúde, o núcleo em comum entre as profissões ainda soa estranho, por isso, a linguagem da interprofissionalidade oferta exequibilidade e operacionalidade quanto ao agir profissional. Campo e núcleo apresentam faces em comum na elaboração de diagnósticos, indicação de condutas e realização de procedimentos de cuidado e tratamento; de educação, promoção e proteção da saúde ou de planejamento, gestão e avaliação em saúde. Ocorre um entrecruzamento das noções de disciplina, profissão, trabalho, uma vez que estes não são conceitos fixos. Pode-se “caminhar” com a noção de disciplina nas ciências (referida ao campo epistemológico, ou seja, ao conhecimento), sabidamente um recorte dos saberes em racionalidades, retórica e métodos; e com a noção de profissão no trabalho (referida ao campo pragmático, ou seja, ao fazer), assim, assiste-se à separação dos conhecimentos em “áreas” e do fazer em “categorias ocupacionais técnico-científicas”. O tanto de sobreposição, intersecção e mesmo de identidade entre os conhecimentos e os fazeres das várias categorias profissionais desenha interprofissionalidades “globais” (o comum das profissões) e “locais” (o comum emergente do agir protegido entre pares da ação de trabalho), somente “reais” no mundo do trabalho. A interprofissionalidade deve nos permitir pensar possibilidades atuais e aquelas em vias de atualização, deve provocar transformação e variação, ou seja, deve permitir e deve provocar “geografias-menores” da interdisciplinaridade e da multiprofissionalidade.

Não é razoável temer aquilo que provoca variação e cria devir, a própria interprofissionalidade resulta da ação multiprofissional em circunstância interdisciplinar. Ao habitar uma “geografia-menor”, aprendemos possíveis, sua configuração passa a agir no pensar e potências se criam. Acontece que as profissões são vivas e se modificam, se atualizam, realizando inclusões resultado de pesquisa, experimentação e renovação. A interprofissionalidade é mote e potência de mais pesquisa, experimentação e renovação, não aniquilando as profissões, antes aperfeiçoamento e elevando suas competências e habilidades a patamares distintos, mais capazes de resolutividade e interação com os saberes e fazeres no campo de ação em que se inscrevem ou inserem. Pode ocorrer que profissões se desfaçam, o que provavelmente resultará de sua incapacidade de pesquisa, experimentação e renovação. De todo modo, não faz sentido, no mundo do cuidado e da cura, que mais importante que as necessidades

dos usuários das ações de saúde, estejam as necessidades de manutenção do modo corporativo de atuar ou a primazia de preservação de fronteiras profissionais que resultem em desenhos de profissão, não de atenção integral à saúde.

## Trabalhar juntos e desmanchar fragmentações

Ao trabalharmos juntos, nossas práticas intervêm nas práticas uns dos outros, criando os modos pelos quais as compartilhamos. A qualidade de nossos compartilhamentos interferirá nas configurações contemporâneas do trabalho e, assim, em nossas compreensões, relacionamentos e disposição de nossos saberes-fazer. É frequente ouvirmos das experiências de formação interprofissional na realidade brasileira, como as Vivências-Estágio no Sistema Único de Saúde (VER-SUS) e as Residências Integradas Multiprofissionais em Saúde (RIMS), que as mesmas reorientaram pensamentos e práticas nos modos de compreensão do mundo ou naquilo que pensamos ser o mundo do trabalho em saúde. Também que alteraram a percepção das várias profissões e dos modos de cada um aprender e que se ampliaram a compreensão sobre necessidades em saúde, acolhimento de usuários, responsabilidade política das práticas profissionais e potências do trabalho conjunto.

Juarez Pereira Furtado discutiu o arranjo institucional das equipes de referência no sistema de saúde brasileiro como forma de potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões, alertando que “não devemos nos esquecer de que colaboração interprofissional é, essencialmente, co-laboração, ou seja, é trabalho com e entre muitos, portanto ação em equipe – o que não é algo simples” (FURTADO, 2007). O autor destaca que, “para o funcionamento efetivo em equipe, baseado em profunda colaboração interprofissional, a deliberada vontade e orientação de seus integrantes é necessária, mas não suficiente”, esclarecendo que “a instauração de ambiente democrático e de estruturas e mecanismos institucionais que garantam o surgimento, desenvolvimento e manutenção de espaços intraequipes” seria essencial. Esses espaços viriam a permitir “o florescimento de práticas fundadas na cooperação entre saberes e ações”. Scott Reeves mostra com base na literatura dos últimos 30 anos (1976-2016) que precisamos de uma formação em saúde com característica interprofissional para assegurar um cuidado e tratamento que sejam efetivos e seguros (Reeves, 2016). Segundo o autor, “a educação interprofissional (EIP) é uma atividade que envolve dois ou mais profissionais que aprendem juntos de modo interativo para melhorar a colaboração e qualidade da atenção à saúde”.

Sempre que colocamos o prefixo “inter” antes de qualquer palavra estamos tentando trabalhar com a supressão ou desmanchamento das fragmentações, sabendo, assim, como aquilo que há por conhecer foi fragmentado. Se trabalharmos com o desmanchamento das fragmentações, passamos a saber mais e ainda mais profundamente aquilo que escolhemos saber, uma vez que não mais de modo fragmentado, mas

destacado num território de inscrições, sem descarte, em trânsito, em permeabilidade, em porosidade. A postura de conhecimento e trabalho não fragmentados, exige o permanente compartilhamento, em amizade, em afinidade, em simpatia. É nessa hora que o “inter” vai tomando um grande rigor, tomando um desdobramento do fazer em saúde, tendo certeza de “como é” nosso fazer em cada profissão somente quando estivermos em um território de práticas e com um certo grupo de usuários. Relevante dizer que talvez não precisássemos fazer certas coisas que a gente aprendeu como importantes e que talvez devamos fazer muitas coisas que a gente nunca aprendeu. É desse jeito que o trabalho se coloca diante de nós, porque a configuração das condições singulares ou sociais de saúde não se orienta por profissões ou fragmentos disciplinares, ela simplesmente se desenha em uma vida.

Insistentemente falamos da fragmentação, mas não “queremos” (desejo ativo, operativo e deliberado) superá-la, quem mais quer superá-la são os usuários, que buscam diferentes saberes, profissionais e místicos. Diante disso, falamos de “inter” (disciplinaridade e profissionalidade): não há saberes que estão prontos e de maneira suficiente para todas e quaisquer pessoas que cheguem aos nossos serviços, mas aquilo que mais fazemos são encaminhamentos. Nesse modo, restamos assentados na zona de conforto dos saberes e práticas “multi” (disciplinares e profissionais). Pode-se ensinar que colaborar seja assumir que os labores estão definidos e ajudamos o outro, enquanto cooperar é operar em conjunto, assim aquilo que “eu” sei tem de estar disponível para a equipe. Uma anotação necessária é que o trabalho isolado em consultórios de especialistas é o mais fragmentado e aquele que mais exige do usuário que desenhe ele próprio seu “cuidado”. Em equipe, os profissionais podem construir um projeto terapêutico compartilhado e práticas colaborativas de cuidado e tratamento.

Em equipe, nosso trabalho precisa necessariamente ser um trabalho protegido, assim, por exemplo, quando apresentamos dúvidas, insegurança, lacunas de conhecimento não é para sermos malvistas, e sim para recebermos colaboração ou cooperação. É bom que possamos fazer perguntas e sintamos que são bem-vindas na equipe, sendo bom que as respostas sejam igualmente responsáveis diante da solução coletiva de problemas. Sendo um trabalho protegido, onde possamos fazer todas as coisas e possamos ter todas as colaborações, vai desaparecendo a pergunta de quais são os saberes privativos de nossa profissão, sendo estes cada vez mais restritos e cada vez mais delimitados às habilidades em procedimentos e intervenções ou à atualidade em estudos e formação. Evidência está na transição demográfica, por exemplo, onde agora temos pessoas idosas muito diferentes daquelas dos anos 1960 e 1970. Devido à essa transição não temos porque fazer o mesmo cuidado em saúde de antigamente. Pessoas com 60 anos hoje estão refazendo a vida, retomando projetos abandonados, fazendo planos para os próximos 20-30 anos: planos de lazer, de turismo, de frequência ou experimentação no mundo das artes, do empreendedorismo, etc. Isso exige renovação das profissões, integração entre elas e práticas impensáveis há 40 anos.

## Educação e experiência de aprendizagem na interprofissionalidade

A Educação Permanente em Saúde é uma importante passagem para a composição do trabalho integrado em equipe, atualização em saberes e práticas, interrogação do processo de trabalho e expansão das potências da ação interprofissional, mas todos os nossos saberes precisam ser interdisciplinares, independentemente de profissão, porque não é possível que somente com saberes de saúde venhamos a dar conta das necessidades sociais daqueles que procuram os serviços de saúde. A problematização proporcionada pela Educação Permanente em Saúde (CECCIM, 2005; CECCIM; FERLA, 2009) ganha um patamar de tomada de consciência e de desafio sobre como produzimos realidades e como as realidades nos produzem. O que aprendemos nessa condição não são apenas registro intelectual de informação nova, mas experimentação corporal de mutação de saberes ou valores, essa condição aperfeiçoa nossa experiência diante dos vários usuários que irão passar por nós. Isso é a problematização. Chega um ponto em que questionamos: quais são os acompanhamentos que compõem a integridade do cuidado? São proporcionados apenas pelos trabalhadores de saúde? Por trabalhador e outras pessoas?

Ana Ecilda Lima Ellery pesquisou o campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil, trabalhando com profissionais de serviços com programa de residência em medicina de família e multiprofissional em saúde da família, assim como com os residentes nesses serviços, em 2011, em Fortaleza/CE (ELLERY; PONTES; LOIOLA, 2013). A pesquisadora identificou um trabalho e formação para o qual concorriam o compartilhamento de acúmulos teórico-práticos da saúde coletiva, da clínica em atenção primária, da reabilitação psicossocial e os aportes de campos diversos, como geografia, pedagogia e educação popular. Ficou demonstrada uma interface complexa e cada vez mais ampla do trabalho dos profissionais: diversas ações comuns às várias profissões, algumas complementares e outras muito imbricadas. Como foram escutados trabalhadores e residentes quanto à realidade vivida não se tratou de detectar resistências, mas aquilo que ocorre com a prudência do acolhimento e resolubilidade das equipes. Estava estabelecido um campo comum de atuação interprofissional e o mesmo requeria o debate democrático da equipe. A pesquisadora argumenta que o processo é gradativo, demandando pactuação local, não soluções por disputa legal ou definição de ordem normativo-vertical. Ficou apontada a interprofissionalidade como “um campo em permanente construção, à medida que novas categorias profissionais vão sendo incorporadas, trazendo novos saberes e novas práticas”.

São correntes no referencial sobre a interprofissionalidade as esferas da formação e do agir interprofissional. A “Educação Interprofissional” ocorre quando o tema é a formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe, com foco nos usuários. Implicando aprendizagem colaborativa entre estudantes

de diferentes carreiras, havendo tradição na educação continuada, ocorrendo experiências no ensino de graduação e constituindo condição para a definição da Educação Permanente em Saúde. A “Prática Interprofissional” ocorre quando há articulação e integração das ações de saúde, tendo em vista aumentar a resolubilidade dos serviços e a qualidade da atenção à saúde. Para ser “interprofissional” há necessidade do intercuro das aprendizagens e das práticas colaborativas, ambas orientadas para o trabalho, envolvendo no mínimo duas profissões. No caso das residências integradas em saúde, no Brasil, o número mínimo de categorias profissionais para o reconhecimento dos programas como multiprofissionais é o envolvimento de pelo menos três profissões.

A entrada deste tema na agenda internacional se deu com o ponto de referência dos 100 anos do Relatório Flexner (1910 – 2010), que introduziu a noção de uma “pedagogia médica” ou de uma “ciência da educação dos profissionais de saúde”. Uma Comissão Global junto ao The Lancet marcou o século com a convocação mundial “profissionais de saúde para um novo século: transformar a educação para fortalecer os sistemas de saúde em um mundo interdependente” (FRENK et al., 2010). O Departamento de Recursos Humanos da Organização Mundial da Saúde lançou uma Matriz à Ação em “educação interprofissional” e “práticas colaborativas” (WHO, 2010). A noção é de um mundo global interdependente e uma ação profissional intercomplementar decorrente de uma face comum entre as profissões onde todas podem atuar, assegurando-se cooperação, interlaçamento de funções e lugares e substituição alternada de agentes em colaboração.

Nos 100 anos, 1910-2010, pelo menos três grandes fases podem ser individualizadas na história de esforços por uma reforma da educação médica/dos profissionais de saúde de matriz flexneriana (CANINI, 2016):

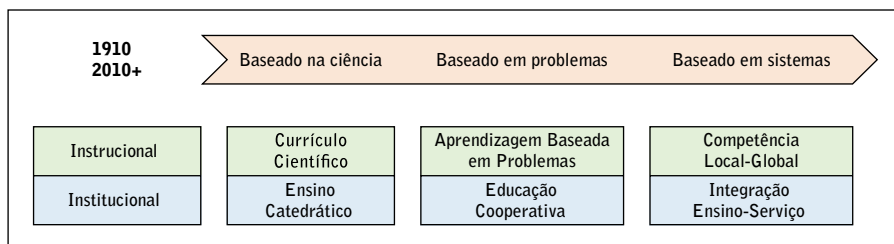
- Science based learning: tal reforma é subsequente à publicação do Relatório Flexner, na qual se põem pela primeira vez as bases para um aprendizado moderno, embasado nas mais recentes descobertas científicas.

- Problem based learning: nos anos 1960, a Universidade de Mc Master no Canadá propõe uma nova modalidade de ensino embasada na discussão de problemas, centrada no estudante e com metodologias de aprendizado ativas em pequenos grupos.

- System based learning: tal modelo, proposto para a formação dos profissionais do novo milênio, se embasa em uma forte interdependência entre o contexto local e global, e entre sistema formativo e sistema de saúde, graças à geração de conhecimentos especificamente gerados pelo contexto local.



## As três gerações de reforma da formação dos profissionais de saúde



**Fonte:** FRENK, J. et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **Lancet**, London, v. 376, no. 9756, p. 1923-1958, 2010 (CANINI, 2016).

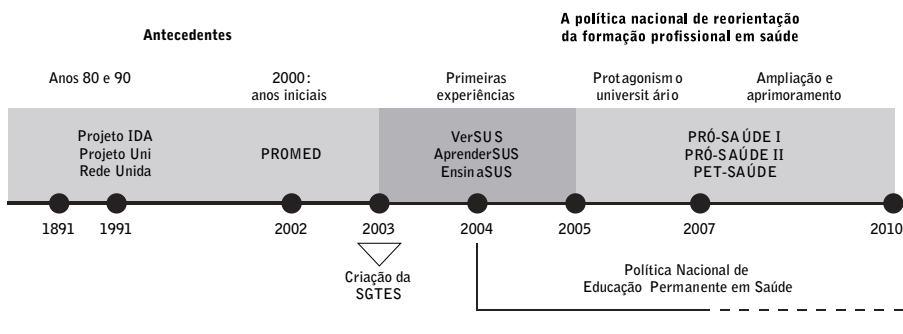
No Brasil, a Educação Superior em Saúde, registra uma particular história dos movimentos de mudança na graduação, com iniciativas provenientes de programas internacionais de incentivo, mobilização de entidades de ensino e pesquisa na saúde, ações governamentais dos Ministérios da Saúde, da Educação ou ambos em estratégias interministeriais, além de movimentos gerados entre os estudantes e suas entidades organizativas e no âmbito da educação popular em saúde. No Brasil, a história dos movimentos de mudança na graduação se fez aliada à reforma sanitária brasileira e aos movimentos de mudança das práticas de atenção em direção à integralidade e humanização.

Podem ser enunciados os Projetos de Integração Docente-Assistencial (IDA) e Uma Nova Iniciativa na Educação de Profissionais de Saúde: a integração com a Comunidade (UNI), reunidos em redes e transformados em Rede UNI/IDA, hoje Associação Científica Rede UNIDA, ocupada da educação e desenvolvimento de profissionais de saúde. O Ministério da Saúde desenvolveu uma linha de financiamento de iniciativas à mudança, com um marcador dirigido especificamente à graduação em medicina, o Programa de Incentivo à Mudança na Graduação em Medicina – Promed. Numa troca de gestão governamental, essa estratégia foi modificada para projetos mais amplos em diálogo com os estudantes (Vivências e Estágios na Realidade do SUS – VER-SUS) e com os docentes e dirigentes de educação universitária do conjunto de cursos da área da saúde, com os hospitais universitários e entidades de ensino multiprofissional (O SUS e os Cursos de Graduação em Saúde – AprenderSUS), além da prospecção sobre o ensino da integralidade por iniciativa dos próprios cursos de graduação em saúde (EnsinaSUS). Essas últimas iniciativas, em nova troca de governo, foram substituídas pela retomada de incentivo à mudança na graduação, como o Promed, em ampliação para outros cursos, primeiro, pela expansão da medicina à enfermagem e à odontologia (Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde), depois agregando todas as categorias da área e, então, se tornando multiprofissional, não para cada curso (Programa de Reorientação da Formação Profis-

sional em Saúde – Pró-Saúde II). Por fim, ainda no século 1910-2010, um Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) de característica objetivamente interprofissional e conectado às necessidades relativas ao sistema de saúde.

Antecedentes brasileiros foram intensos em projetos de ação, pesquisas, elaboração de teorias, formação docente, implementação de oficinas e congressos nacionais, registrando uma história material em favor da multiprofissionalidade e interdisciplinaridade: Rede IDA, Projetos UNI, Rede UNIDA – desde 1985. O 1º Congresso da Rede UNIDA ocorreu em 1989. Um dos desafios da década multiprofissionalidade e interdisciplinaridade ao longo desse tempo tem sido constituir consistência à interprofissionalidade: entendimento de que o trabalho em saúde requer uma equipe com a presença de várias profissões no campo, em atuação interdisciplinar e em construção contínua das práticas compartilhadas (FEUERWERKER; SENA, 1999). Nos anos 2000, esse legado, assim como o legado da Escola de Saúde Pública do Estado Rio Grande do Sul (ESP/RS) – gestão 1999-2002, responsável pela política estadual de educação em saúde coletiva, foram reunidos pelo Ministério da Saúde, dando origem à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em 2003. Na ESP/RS foram implementados como política pública o VER-SUS, as residências integradas em saúde, a integração formação-gestão-atenção-participação, a tríade educação superior, educação técnica e educação popular na saúde e a linha de financiamento educação solidária em saúde para projetos regionais integrados entre universidades, municípios, movimento estudantil e movimentos sociais (CECCIM, 2002).

## Cronologia dos movimentos de mudança na formação dos profissionais de saúde, no Brasil



**Fonte:** DIAS, H.S.; LIMA, L. D.; TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. *Ciênc. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1613-1624, 2013 (CANINI, 2016).

Na base nacional, com a criação da SGTES, dois marcadores registram a maior história da diáde multiprofissionalidade e interdisciplinaridade em constituição de consistência à interprofissionalidade: a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e os programas nacionais de reorientação da formação profissional em saúde (Pró-Saúde e PET-Saúde), esses últimos reunidos, posteriormente, no programa de incentivo à mudança na graduação, segundo a orientação ao trabalho em equipe, integralidade da atenção e ao Sistema Único de Saúde – GraduaSUS.

## Para concluir: experiência brasileira em cena

O Brasil tem muitas experiências de trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar promovidos no bojo da reforma sanitária brasileira e no bojo das pesquisas sobre trabalho em saúde no interior dos estudos em saúde coletiva e mesmo a emergência do campo de ação estratégica da Educação na Saúde ou Educação Permanente em Saúde (CECCIM, 2008). Quanto às práticas interprofissionais, são demarcações importantes as propostas de<sup>1</sup>:

- Acolhimento (dar guarida a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; reorganização do processo de trabalho, deslocando o eixo central da atenção, do atendimento médico para a equipe multiprofissional, que deve se encarregar da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde; qualificação da relação trabalhador-usuário, que deve se dar por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania, assim como de interação na construção de projetos de vida).

- Equipes de referência e apoio especializado matricial (reorganização do trabalho em saúde, construindo o vínculo cuidador, a elevada responsabilidade com a terapêutica, práticas de suporte e retaguarda técnica e pedagógica e a continuidade do cuidado).

- Campo e Núcleo de Conhecimentos e Práticas (uma noção em combate ao positivismo, estruturalismo e posição de transcendência que marcam a disciplinarização e a sociologia das profissões, pois o “núcleo” demarca área de conhecimentos e de práticas profissionais, enquanto o “campo”, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscam em outras o apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas. Ambos mutantes, se interinfluenciam, não sendo possível detectar limites precisos entre um e outro. No núcleo, uma aglutinação de conhecimentos e práticas, compondo uma certa identidade profissional e disciplinar. No campo, o contexto).

---

<sup>1</sup> Fontes de consulta: BRASIL (2007; 2008), CAMPOS (1999; 2000), CAVALCANTI FILHO et al. (2009), CECCIM; FERLA (2006), FRANCO; BUENO; MERHY (1999), SEVERO; L'ABBATE; ONOCKO CAMPOS (2014), TESSER (2017), VILAÇA MENDES (2001; 2011).

- Apoio Institucional (suporte para a instauração de processos de mudança no processo de trabalho, ajudando na análise da instituição, buscando novos modos de operar e produzir organizações, estimulando espaços coletivos e a interação entre os agentes sociais do trabalho. Também suporte para a viabilização dos projetos pactuados pelos atores institucionais e sociais, a construção de objetivos comuns e a pactuação de compromissos, e a atuação dos profissionais de saúde com base em novos referenciais, contribuindo para melhorar a resposta do setor da saúde às necessidades da população).

- Supervisão Clínico-Institucional (discussão de casos associando clínica, contexto de redes e intersetorialidade, questionando noções de gestão adotadas e mobilizando inovações nas práticas, de modo a superar a fragmentação e a hegemonia do paradigma biomédico).

- Projeto Terapêutico Singular (conjunto de condutas terapêuticas e cuidadoras articuladas em discussão coletiva interdisciplinar. Deve-se tentar captar o “sujeito singular”: uma história de adoecimento, desejos e interesses; elaborar metas assistenciais negociadas com o sujeito doente e estabelecer a continuidade do cuidado/tratamento por membro da equipe para cada usuário, conforme aquele com quem tenha um vínculo melhor).

- Gestão da Clínica (conjunto de tecnologias de coordenação e gerência para estruturar, acompanhar, avaliar e desenvolver a atenção à saúde, ocupando-se de critérios como segurança do paciente e disponibilidade efetiva de recursos em tempo justo e estratégias equitativas, de forma a reduzir as desigualdades e a assegurar a humanização, colocando em cena, pelos diversos pontos da atenção, gestão e formação em serviço, equipes interdisciplinares e multiprofissionais).

### **Quanto à educação interprofissional, o Brasil tem uma longa trajetória e inúmeros exemplos concretos<sup>2</sup>:**

- Vivências-Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde – VER-SUS (um processo de imersão teórico-prática e vivencial em espaços de atenção, gestão e controle social proporcionado por gestores do SUS para coletivos organizados de estudantes de graduação dos vários cursos da área da saúde – dura entre 7 e 15 dias, em regime de imersão – hospedagem, observação participante, rodas de conversa, grupos de estudo, interação com usuários e trabalhadores).

- Educação Permanente em Saúde (articulações locais, regionais e interinstitucionais de discussão e estudo sobre necessidades de desenvolvimento do trabalho e qualificação da resposta do sistema de saúde às necessidades de equipe, usuários, território e redes, devendo ter abrangência multiprofissional e orientação interdisciplinar, organizada sob diferentes metodologias pedagógico-participativas).

---

<sup>2</sup> Fontes de consulta: ALVARENGA et al. (2013), ARAÚJO et al. (2017), CECCIM (2005), CECCIM; CYRINO (2017), CECCIM; FERLA (2003; 2009), FERLA et al. (2013), FERLA; PINTO (2017), MELO NETO (2014), SOUZA et al. (2017), TOSTA et al. (2006).

- Estágio Regional Interprofissional – ERIP-SUS (prática acadêmica integrada ao currículo regular dos cursos de graduação da área da saúde, destinada à vivência multiprofissional e interdisciplinar dos estudantes em municípios de característica rural ou fora das capitais, desdobrada da experiência de Estágios Rurais Integrados – ERI nascidos no final dos anos 1970 em Universidades Federais como a de Minas Gerais e a da Paraíba, assim denominados no bojo da avaliação das primeiras experiências VER-SUS. Trata-se de componente curricular obrigatório e que se integra ao trabalho no SUS e às parcerias universidade-sistemas locais de saúde).

- Vivências de Educação Popular em Saúde – VEPop-SUS (prática acadêmica integrada à extensão universitária e destinada à vivência em movimentos sociais atravessados pelas práticas de educação popular em saúde, originário das experiências de Estágio em Comunidade, nascidas nos meados dos anos 1980 em Universidades Federais como da Paraíba, de Pernambuco e do Rio Grande do Sul, destinada a vivência multiprofissional e interdisciplinar dos estudantes em zonas de periferia urbana, assim denominados no bojo da avaliação das experiências VER-SUS).

- Residências Integradas Multiprofissionais em Saúde (modalidade de formação na pós-graduação, realizada em serviço e sob supervisão docente-assistencial, destinada à equipe multiprofissional de saúde, devendo articular experiências práticas e teórico-práticas, conteúdos teóricos e treinamento especializado em áreas de atenção à saúde prioritárias ao país. Integrando ensino e trabalho, área de saúde e humanidades, gestão da clínica e gestão política do setor, diferentes profissionais e diferentes vertentes do conhecimento para a integralidade e acolhimento em equipe).

- Programa de Educação Tutorial – PET Conexão de Saberes (programa coordenado pelo Ministério da Educação destinado às ações inovadoras de extensão universitária que ampliem a troca de saberes entre as comunidades populares e a universidade, valorizando o protagonismo dos estudantes, deve enfocar estudantes beneficiários das ações afirmativas no âmbito das universidades públicas, assim como públicos em situação de vulnerabilidade social. Os projetos, uni ou multiprofissionais, devem ser interdisciplinares, atendendo comunidades populares urbanas, participação e controle social em saúde, espaços sociopedagógicos, gestão e saúde ambiental, diversidades em gênero, raça e classe social, entre outros).

- Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde (programa do Ministério da Saúde cujo objetivo é a integração ensino-serviço-território, visando à reorientação da formação profissional, do modelo biomédico e hospitalar para modelagens multiprofissionais e de abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na Atenção Básica. Contempla 3 eixos de reorientação: a orientação teórica, que deve priorizar os determinantes sociais da saúde, a pesquisa clínico-epidemiológica, as práticas gerenciais e a educação permanente; os cenários de prática, que devem priorizar a utilização de processos de aprendizado ativo, a ativi-

dade nos serviços de saúde e a ação em comunidades; e a orientação pedagógica, que deve priorizar a diversificação de conhecimentos, o aprendizado ativo e a importância do trabalho conjunto das equipes multiprofissionais).

- Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET Saúde (programa que contempla ações intersetoriais direcionadas para o fortalecimento de áreas estratégicas para o SUS, tendo como pressuposto a educação pelo trabalho e como fio condutor a integração ensino-serviço-território, formando-se grupos de intervenção com tutor acadêmico, estudantes e preceptores. O programa se orienta pela noção de “grupos tutoriais”, todos multiprofissionais e interdisciplinares, atendendo questões de ensino-aprendizagem, extensão-intervenção, avaliação e estudo-pesquisa, tendo em vista práticas inventivas e de compromisso social em ensino, pesquisa e extensão).

A interdisciplinaridade representa a elaboração de um conhecimento de síntese, já a interprofissionalidade apresenta a construção de uma prática colaborativa horizontal. Entretanto, “a entredisciplinaridade é sugerida como ousadia e usufruto da autonomia intelectual para explorar as fronteiras usuais do conhecimento e das profissões” (CECCIM; CYRINO, 2017). Ceccim e Cyrino alertam que “um postulado de coerência é acatar o futuro que nos convoca e não reagir ao futuro com a recuperação do conservadorismo”. Parte do que se deverá aprender ainda não foi inventado ou descoberto ou não nos chegou ainda. Parte do que se ensina se torna obsoleto em igual de tempo de formado após a formatura.

Para lidar com objetos de conhecimento complexos, que pertencem a diferentes níveis de realidade e que apresentam contradições, paradoxos e conflitos, melhor será aceitar fronteiras flexíveis e permeáveis como a melhor orientação (CECCIM; CYRINO, 2017). Futuras atividades de desenvolvimento de capacidades interprofissionais, interdisciplinares, de integralidade da atenção, sob a integração ensino e sistema de saúde e sob a interação universidade-sociedade representarão parceria embasada em realizações passadas e atuais.

Assumindo o valor da variação e criação do devir, nas disciplinas e em profissões, reconhecemos que “nossas energias são mais potentes na fronteira” (CECCIM, 2004). Nessa concepção, “quando o fazer depende de criar, porque não temos as garantias do já sabido”, experimentamos a potência do novo ou do atual, diferente do que acontece “quando estamos aboletados no centro de nosso conhecimento prévio e antecedente, onde somos talvez a majestade em nosso reino, quando milhões de reinos corroem todo dia cada fronteira até que este centro não possua mais qualquer sentido” (CECCIM, 2004).

Para concluir essa explanação, convocamos, não a razão, mas a sensação física que lhe dá sustentação: não temos todas as certezas, buscamos, como as crianças, descobrir, aprender, experimentar e contar com amizade, ajuda, proteção e orientação. Devemos reconhecer que a expressão individualizada e plenipotente dos portadores de diploma, instalados nos domínios precisos, estritos ou holísticos de sua profissão, nada

mais é do que a forma positivista, verticalista e disciplinarizada que nos rouba a potência, substituindo-a pela impressão e imposição de poder. Já a potência é nossa capacidade de variação, criação de devir, experimentação da complexidade, consciência ética de um mundo por descobrir e apropriar em cotidianos vivos, pulsáteis e em composição por amizade e forte simpatia. A interdisciplinaridade pode ser operacional, científica, honesta, mas acima de tudo, é ética, solidária, horizontal.

Uma canção de Erasmo Carlos, retomada por Arnaldo Antunes no show “Ao vivo lá em casa”, onde cantam juntos, é eloquente: “Sou uma criança, não entendo nada”. Diz assim:

Antigamente quando eu me excedia  
Ou fazia alguma coisa errada  
Naturalmente minha mãe dizia:  
“ele é uma criança, não entende nada”...

Por dentro eu ria  
Satisfeito e mudo  
Eu era um homem  
E entendia tudo...

Hoje só com meus problemas  
Rezo muito, mas eu não me iludo  
Sempre me dizem quando fico sério:  
“ele é um homem e entende tudo”...

Por dentro com  
A alma atarantada  
Sou uma criança  
Não entendo nada...

## Referências

ALVARENGA, J. P. O. et al. Multiprofissionalidade e interdisciplinaridade na formação em saúde: vivências de graduandos no estágio regional interprofissional. **Rev. enferm. UFPE on line**, Recife, v. 7, n. 10, p. 5944-5951, 2013.

ARAÚJO, T. A. M. et al. Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. **Interface (Botucatu. Impresso)**, Botucatu, v. 21, n. 62, p. 601-613, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da PNH. **Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

CAMPOS, G. W. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para cogovernar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, 1998.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

CANINI, A. **A construção da presença ativa dos estudantes no sistema de saúde: o projeto UNiverSSI entre Itália e Brasil**. 2016. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: UFRGS, 2016.

CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p.149-182.

CAVALCANTE FILHO, J. B. et al. Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado. **Interface (Botucatu. Impresso)**, Botucatu, v. 13, n. 31, p. 315-328, 2009.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, 2005.

CECCIM, R. B. Equipe de saúde: a perspectiva entredisciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2004. p. 259-278.

CECCIM, R. B. A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersetorialidades. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 9-23, jan./jun. 2008.

CECCIM, R. B.; CYRINO, E. G. O sistema de saúde e as práticas educativas na formação dos estudantes da área. In: CECCIM, R. B.; CYRINO, E. G. (Org.). **Formação profissional em saúde e protagonismo dos estudantes: percursos na formação pelo trabalho**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017. p.4-26.



CECCIM, R. B.; CYRINO, E. G. (Org.). **Formação profissional em saúde e protagonismo dos estudantes:** percursos na formação pelo trabalho. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação permanente em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Ed.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p.162-168.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Gestão em redes:** práticas de avaliação, formação e participação em saúde. Rio de Janeiro: Abrasco; 2006. p. 165-184.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Residência integrada em saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para montagem do projeto de integralidade da atenção à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da integralidade:** cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 2003. p. 212-226.

CECCIM, R. B.; ARMANI, T. B. Gestão da educação em saúde coletiva e gestão do sistema único de saúde. In: FERLA, A. A.; FAGUNDES, S. M. S. (Org.). **Tempo de inovações:** a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: ESP/RS; Dacasa, 2002. p. 143-162.

CECÍLIO, L. C. O. O "trabalhador moral" na saúde: reflexões sobre um conceito. **Interface (Botucatu. Impresso)**, Botucatu, v. 11, n. 22, p. 345-351, 2007.

COLET, N. R. **Enseignement universitaire et interdisciplinarité:** un cadre pour analyser, agir et évalue. Bruxelles: Boeck & Larcier, 2002.

DIAS, H. S.; LIMA, L. D.; TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1613-1624, 2013.

ELLERY, A. E. L.; PONTES, R. J. S.; LOIOLA, F. A. Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção. **Physis (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 415-437, 2013.

FERLA, A. A. et al. Vivências e estágios na realidade do SUS: educação permanente em saúde e aprendizagem de uma saúde que requer integralidade e trabalho em redes colaborativas. **Rev. Eletr. Comun. Inf. Inov. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, dez. 2013. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/17228/2/4.pdf>>. Acesso em: 4 dez. 2017.

FERLA, A.A.; PINTO, H. A. (Org.). **Integração entre universidade e sistemas locais de saúde: experimentações e memórias da educação pelo trabalho**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017.

FEUERWERKER, L. C. M.; SENA-CHOMPRÉ, R. R. Interdisciplinaridade, trabalho multiprofissional e em equipe: sinônimos?: como se relacionam e o que têm a ver com a nossa vida? **Olho Mágico (Londrina)**, Londrina, v. 5, n. 18, p. 5-6, 1999.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999.

FRENK, J. et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **Lancet**, London, v. 376, no. 9756, p. 1923-1958, 2010.

FURTADO, J. P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface (Botucatu. Impresso)**, Botucatu, v. 11, n. 22, p. 239-255, 2007.

MELO NETO, J. F. **Extensão popular**. 2. ed. João Pessoa: Editora da Universidade/UFPB, 2014.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. T. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface (Botucatu. Impresso)**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 172-174, 2005.  
REEVES, S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 185-96, 2016.

SEVERO, A. K. S.; L'ABBATE, S.; ONOCKO CAMPOS, R. T. A supervisão clínico-institucional como dispositivo de mudanças na gestão do trabalho em saúde mental. **Interface (Botucatu. Impresso)**, Botucatu, v. 18, n. 50, p. 545-556, 2014.

SOUSA, B. M. et al. As contribuições do programa de educação tutorial na formação do acadêmico: uma revisão integrativa. **Revista Movimenta**, Goiânia, v. 10, n. 2, p. 302-306, 2017.

TESSER, C. D. Núcleos de Apoio à Saúde da Família, seus potenciais e entraves: uma interpretação a partir da atenção primária à saúde. **Interface (Botucatu. Impresso)**, Botucatu, v. 21, n. 62, p. 565-78, 2017.

TOSTA, R. M. et al. Programa de educação tutorial (PET): uma alternativa para a melhoria da graduação. **Psicol. Am. Lat.**, Puebla, n. 8, nov. 2006. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-350X2006000400004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2006000400004&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso: 4 dez. 2017.

VILAÇA MENDES, E. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: OPAS, 2011.

VILAÇA MENDES, E. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Department of Human Resources for Health. **Framework for action on interprofessional education and collaborative practice**. Geneva: WHO, 2010.

# FORMAÇÃO EM COMUM DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE: EXPERIÊNCIA DA UNIFESP, CAMPUS BAIXADA SANTISTA

*Angela Aparecida Capozollo*

O mais interessante foi poder ir a campo mesmo com nossos limitados conhecimentos! E como foi maravilhoso conhecer diferentes pessoas em suas realidades, poder acolher suas histórias de vida, suas marcas, alegrias e tristezas, (...) levo até hoje no meu dia a dia de trabalho. (...) Fica claro que não podemos pensar apenas numa técnica, mas sim numa ética! Uma ética do encontro, (...) que nos faz pensar não apenas em uma cura, mas sim em um processo de saúde/doença, processo esse que se entrelaça com a história de vida do sujeito, ator e escritor de si mesmo (narrativa de uma profissional formada na primeira turma do Campus Baixada Santista, Unifesp<sup>3</sup>).

Essa experiência de formação tem início em 2006 no Campus Baixada Santista, primeiro campus da expansão da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), com a implantação dos cursos de Educação Física, Nutrição, Fisioterapia, Psicologia e Terapia Ocupacional e, a partir de 2009, do curso de Serviço Social<sup>4</sup>. Os cursos integram o Instituto de Saúde e Sociedade e têm como ênfase a educação interprofissional e interdisciplinar e a perspectiva de formar profissionais qualificados para o trabalho em equipe e para o cuidado integral.

A estrutura curricular desses cursos está organizada em quatro eixos. O eixo "Aproximação a uma prática específica em saúde" é direcionado aos estudantes de cada área profissional. Os demais eixos são comuns aos vários cursos e trabalham com turmas mistas de estudantes. O eixo "O ser humano e sua dimensão biológica"<sup>5</sup> aborda os conteúdos da área biológica; o eixo "O ser humano e sua inserção social" aborda os conteúdos do campo das Ciências Humanas (antropologia, sociologia, filosofia) e o eixo "Trabalho em saúde" reúne temáticas e práticas relacionadas ao campo da saúde.

Acompanho essa experiência desde a sua implantação, pois integrei o primeiro grupo de docentes concursados do Campus, sendo responsável pela coordenação do Eixo

---

<sup>3</sup> A narrativa foi traduzida do artigo: CASETTO, S. J. et al. A good training based on insufficiency: work in health care as an ethics. *Journal of Health Psychology*, Thousand Oaks, v. 21, p. 291-301, Mar. 2016.

<sup>4</sup> O curso do Serviço Social foi implantado apenas em 2009.

<sup>5</sup> O eixo "O ser humano e sua dimensão biológica" não integra a estrutura curricular do curso de Serviço Social.

Comum Trabalho em Saúde, no período de 2006 a 2009. Pretendo apresentar, brevemente, os balizadores que orientaram a estruturação das atividades de ensino desse eixo, destacando algumas marcas da proposta de formação em comum e questões que temos nos deparado ao longo destes anos de experiência e nas investigações que temos realizado no Laboratório de Estudos e Pesquisas sobre Formação e Trabalho em Saúde (LEPETS)<sup>6</sup>.

Na primeira turma de docentes concursados para este Campus apenas dois (da área de Saúde Coletiva) foram contratados para as atividades de ensino do eixo do Trabalho em Saúde (TS), considerado estratégico no Projeto Pedagógico para construir competências para o trabalho em equipe e o cuidado integral<sup>7</sup>. A atual configuração dessa experiência de formação envolveu, no entanto, muitos coletivos e diversos interlocutores<sup>8</sup>, sendo tributária também dos movimentos de mudanças na formação de profissionais de saúde.

Análises críticas sobre a formação predominante dos profissionais no campo da saúde ganharam densidade no Brasil a partir da segunda metade do século XX, apontando a necessidade de mudanças para superar a fragmentação dos conhecimentos e práticas, a tecnificação, o reducionismo nas abordagens do processo saúde-doença e o distanciamento das necessidades de saúde da população e do sistema de saúde vigente no país. Os limites das práticas em que cada profissional se atém ao seu núcleo específico de atuação e da concepção predominante de saúde que tende a reduzir a intervenção profissional ao mínimo biológico, foram pontos de partida para as formulações iniciais do eixo TS.

Nesse eixo estavam alocados os conteúdos de saúde coletiva, mas a partir da constatação de que muitas experiências de mudanças na formação tendiam a ficar restritas aos departamentos e disciplinas de saúde coletiva com pouco impacto na clínica dos profissionais, fomos desenhando como perspectiva que os saberes e práticas desse campo deveriam se compor com outros saberes e práticas no desafio de constituir um "esquema conceitual-operacional comum" às diferentes áreas profissionais que contribuísse para produzir certo modo de pensar e agir que fosse incorporado à prática dos futuros profissionais, independentemente do lugar de sua inserção na rede de serviços. Assim, uma aposta importante que fizemos é que docentes de todas as áreas profissionais do campus deveriam compor o eixo TS e que as atividades de ensino deveriam favorecer um pensamento complexo, capaz de estabelecer relações entre as diversas dimensões envolvidas no processo saúde-doença-cuidado.

Partimos da concepção que uma característica fundamental do trabalho em saúde é a de ser um trabalho vivo em ato, que se realiza no momento do encontro entre o

<sup>6</sup> O Laboratório conduziu uma pesquisa, financiada pelo Cnpq, sobre a proposta de formação do eixo comum Trabalho em Saúde, que resultou no livro: *Clínica Comum: itinerários de uma formação em saúde*, publicado pela Hucitec, em 2013.

<sup>7</sup> Por outro lado, na primeira turma, foram contratados quinze docentes para o eixo biológico, o que já indicava haver diferentes concepções em disputa nesse projeto e anunciava algumas tensões que iríamos nos deparar na sua construção.

<sup>8</sup> Nos momentos iniciais de estruturação desse eixo contamos com uma intensa interlocução com o prof. Emerson E. Merhy e com a profa. Laura Macruz Feuerwerker.

trabalhador e quem demanda atenção. O momento do encontro é o que possibilita mais precisamente captar a singularidade, o contexto, o universo cultural, os modos específicos do viver de quem demanda atenção. Nesse sentido, capacidade de escuta, de estabelecer laços de confiança, certa disponibilidade, sensibilidade, atenção e uma multiplicidade de outros elementos são importantes para produzir um cuidado que considere as singularidades envolvidas no adoecer. Esses seriam aspectos importantes a serem abordados na formação em comum dos profissionais de saúde.

Além desses, fornecer subsídios aos estudantes para compreender os limites das práticas de saúde centradas em um saber técnico-científico descontextualizado das situações concretas da vida; explicitar as diversas dimensões envolvidas no trabalho em saúde (técnicas, políticas, éticas, relacionais); problematizar as relações verticais de poder/saber que se estabelecem com os usuários e entre diferentes áreas profissionais; ampliar a capacidade de análise do que está em jogo no agir profissional também orientaram as nossas formulações.

Fomos configurando como marco importante das atividades do eixo TS contribuir para a constituição de uma clínica comum às diferentes áreas profissionais, que se refere a ações e saberes que não são prerrogativas de um recorte profissional específico, podendo ser de todos ou de nenhum deles. Ou seja, incluem as ações que não são reivindicadas pelas profissões existentes, que se situam entre os campos profissionais, ainda inexplorados pelos marcos disciplinares. A clínica comum se refere também às ações/intervenções inventadas no trabalho em conjunto dos profissionais, que nascem no encontro das diferenças das áreas profissionais para o enfrentamento das demandas e necessidades de saúde<sup>9</sup>.

Para essa formação, a principal estratégia pedagógica adotada foi a de expor os estudantes ao contato com pessoas e seus diferentes modos de viver, com suas demandas e necessidades de saúde associada à responsabilidade de “fazer”, de realizar intervenções de cuidado que integrassem diferentes áreas profissionais, de acordo com suas possibilidades. Enfim, proporcionar aos estudantes reiteradas experiências de cuidado, com apoio dos docentes, nas quais as várias dimensões do trabalho em saúde (éticas, políticas, relacionais, técnicas) pudessem ser exercitadas e possibilitassem a constituição de certo modo de pensar e agir implicado com a produção da vida. Nessas experiências os “objetos” não estão isolados ou recortados, e ficam explícitos os limites dos saberes disciplinares e a necessidade de integrar diferentes áreas de conhecimento e práticas.

A perspectiva foi possibilitar aos estudantes vivências com potencialidade para produzir estranhamentos, interrogações, deslocamentos das suas certezas e provocar aber-

---

<sup>9</sup> Henz et al. (2013) discutem que o comum nem é ponto de partida, nem resultado que se alcança, mas recurso que se inventa e de que se lança mão. O comum pode ser pensado como “um reservatório de experimentações, virtualidades, produção de saberes, poderes, técnicas e potências, que são de qualquer um”. In: CAPOZZOLO, A. A.; CASETTO, S.; HENZ, A. **Clínica Comum: itinerários de uma formação em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 181.

turas para produzir pensamentos. Optamos pela inserção das atividades de ensino nas áreas de maior vulnerabilidade social do município de Santos, onde está situado o campus: região de palafitas, morros, cortiços. E, nesses territórios, possibilitar variados encontros dos estudantes com as pessoas que aí vivem, com suas redes sociais, suas conexões afetivas, suas questões de saúde, com seus modos singulares de existência. Também encontros com as equipes e seus processos de trabalho (dos serviços de saúde e demais setores), com movimentos e associações de moradores, entre outros.

As situações vivenciadas têm grande densidade e podem ser exploradas de diversas formas. Não se trata apenas de processar as informações, de articular e sistematizar os conhecimentos disponíveis para compreender e intervir em uma determinada situação, mas, também, de dar contorno ao que foi vivenciado, que afeta de modo diferente cada um. Assim, o papel do docente é de apoiar, dar suporte e sentido à aprendizagem, trabalhar com as sensações, perturbações e inquietações que as experiências produzem e estimular a capacidade de interrogar, problematizar as questões envolvidas em cada situação.

Na implementação dessa proposta de formação fomos nos deparando com enormes desafios, entre os quais destaco a constituição do coletivo de docentes para atuar nesse eixo. O que estava sendo proposto para os estudantes também necessitava ser vivenciado pelos docentes: construir certo modo de pensar e agir comum que atravessasse as áreas profissionais e disciplinares. A seguir apresento, de maneira bastante sucinta, movimentos que realizamos para - a partir desses referenciais éticos, políticos, conceituais - implementar a proposta.

## A formação na experiência e os docentes

Esta aposta de formação que fizemos, a partir das práticas, nos desafia, nos força, nos pressiona a pensar de outras formas. (...) os alunos trazem questões para a supervisão que nos deslocam. Eu acreditava que estava acostumado à interdisciplinaridade (...) mas no campo é muito diferente (...), os estudantes percebem muitas coisas que nós não vemos e, muitas vezes, fazem uma criação conjunta. Então é esse mundo do trabalho, que é um mundo complexo, no qual regra é a surpresa e o inesperado, que temos que lidar como docentes (docente do eixo específico – pesquisa LEPETS).

Para o detalhamento das atividades de ensino foram necessárias várias reuniões. Logo nos encontros iniciais foi possível perceber que havia, entre os docentes, diferentes apropriações sobre o sistema de saúde vigente no país, sobre as políticas de saúde e sobre os movimentos de mudanças que embasavam as diretrizes do projeto político pedagógico do campus. Também diferentes concepções sobre o processo saúde-doença-cuidado que informavam diferentes perspectivas em relação aos aspectos

que deveriam ser valorizados na formação dos futuros profissionais de saúde. Além disso, a maioria dos docentes da primeira turma trabalhava com pesquisas experimentais, em ambulatórios especializados ou hospitais, sendo que somente cinco tinham aproximações com o trabalho na rede de serviços.

Nas reuniões emergiam tensões, decorrentes do confronto de ideias, de modos diversos de pensar o que nos indicou que o movimento não seria o de assumir um único referencial teórico. A decisão foi por pactuar as questões que seriam abordadas com os estudantes e, a partir de algumas definições e acordos (sempre provisórios), montar duplas de docentes com diferentes formações, para atuarem juntos nas atividades de ensino. Assim, docentes de cada um dos eixos específicos se somaram aos da saúde coletiva para assumirem turmas mistas de estudantes.

Foi um processo bastante exigente para os docentes. Além das leituras, do tempo destinado para reuniões, havia a necessidade de deslocamentos das “áreas de conforto”, de disponibilidade para o debate, de aberturas para experimentar situações novas, para o “fazer junto”. Agregava-se a tal processo, a necessidade de construir relações com os gestores públicos para viabilizar uma formação em parceria com o município, considerando a escassez de profissionais das nossas áreas de formação na rede de serviços. Foram vários movimentos para a configuração atual das atividades de ensino.

O eixo, neste momento, está estruturado em cinco módulos semestrais que percorrem os três primeiros anos de formação. Cada módulo enfoca determinados temas e estratégias, mas em todos ocorrem vivências em campo e são retomadas, com diferentes aproximações, questões transversais: conceito de saúde; políticas públicas; sistema de saúde; organização do processo de trabalho e da rede de serviços; trabalho em equipe; vínculo; escuta; ética; responsabilização e cuidado integral.

No desenho de cada módulo há um momento de preparação inicial dos estudantes para as atividades de campo, com discussões teórico-metodológicas que utilizam filmes, textos literários, dramatizações, entre outros. Após cada atividade de campo, os estudantes fazem um diário com notas descritivas e intensivas das suas experiências e se seguem supervisões com os docentes onde são trabalhadas as questões que emergiram das vivências.

No módulo do primeiro semestre, foi definido como temática central a discussão sobre os condicionantes sociais do processo saúde-doença e suas implicações para a prática profissional. Nesse módulo, a estratégia foi realizar visitas aos diferentes territórios do município e entrevistas com moradores e representantes de movimentos sociais; no módulo do segundo semestre, as temáticas centrais foram as políticas públicas e o SUS, com visitas e conversas com trabalhadores e gestores de diferentes serviços do município: saúde, assistência, educação.



Nas primeiras idas para os territórios tivemos que lidar com questões como: Podemos mesmo levar os estudantes para essas áreas “violentas e perigosas”? Não precisamos de autorização dos pais? E se algo acontece aos estudantes? Seria mesmo necessário ter essas atividades de campo? Essas temáticas não poderiam ser trabalhadas em sala de aula?

No final do primeiro ano, no entanto, era perceptível para os docentes que haviam participado do módulo, a importância dessas vivências e recolhíamos depoimentos como este: “conhecer essas regiões de Santos, as condições de vida nesses territórios e a rede de serviços foi uma experiência muito nova e rica para mim, (...) algo que eu não tive na minha formação (...), ainda que estivesse caminhando junto com os alunos, foi um aprendizado bastante importante” (docente da primeira turma, eixo específico).

E, seguiu-se a implantação dos módulos do segundo ano de graduação agregando-se os novos docentes contratados para os cursos. No terceiro semestre, definiu-se como estratégia central de ensino a construção de narrativas de vida dos usuários. Considerou-se que seria um dispositivo importante para o exercício da escuta, para apurar a sensibilidade ante o sofrimento “do outro” e desenvolver habilidades para lidar com o momento do encontro clínico.

O desenho desse módulo consiste em duplas de estudantes, de diferentes cursos, conviverem, durante um semestre, com pessoas/famílias em seus domicílios, com objetivo de construir suas narrativas de vida e de saúde. Os narradores, indicados pelas equipes dos serviços, são convidados a colaborar na formação dos alunos. No decorrer do semestre, ocorrem cerca de sete encontros intercalados com supervisões docentes e, no final, os estudantes apresentam a narrativa construída às pessoas acompanhadas que podem sugerir mudanças, cortes.<sup>10</sup>

Na implantação do módulo, os docentes explicitavam dúvidas sobre o sentido de expor os estudantes ao contato com histórias de vida complexas: “será que os estudantes têm maturidade para ouvir histórias tão complicadas? Será que não estamos provocando sofrimentos desnecessários?”. Também dúvidas a respeito da pertinência de ouvir histórias de vida para formação dos profissionais: “será que interessa tudo isso? Será que precisamos saber de tantos detalhes da vida das pessoas”.

A implantação desse módulo não foi fácil pois problematizava intensamente as práticas profissionais predominantes. Os encontros com as pessoas e suas histórias de vida mobilizavam a todos e, no decorrer do tempo, nas reuniões docentes e, em ato, fomos construindo manejos para lidar com as questões inusitadas que

<sup>10</sup> Maiores detalhes sobre o módulo podem ser acessados em: CAPOZZOLO, A. A. et al. Narrativas na formação em comum de profissionais de saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 443-456, maio/ago. 2014.

surgiam, com os incômodos, as dificuldades, as percepções e os estranhamentos que os encontros produziam:

A senhora que foi indicada foi muito receptiva e parecia bem tranquila, porém no decorrer dos encontros o que vai sendo narrado foi uma história de vida supercomplicada de violência e de envolvimento com o tráfico. Isso não estava no “script” e tivemos que pedir ajuda para como lidar com a situação, como conduzir a supervisão (docente do eixo específico).

Foi no decorrer da experiência que o sentido de ouvir os usuários, os detalhes das suas histórias puderam ser percebidos. No final do semestre, eram perceptíveis os efeitos terapêuticos nas pessoas que contaram suas histórias e as diversas aprendizagens propiciadas aos estudantes:

Eu observava atentamente as reações de D. ao escutar a sua história. Foi impressionante sua reação; aquela expressão rude que havia nos demonstrado estava escondida atrás de um olhar cheio de lágrimas que escorriam no final da leitura (...) ela me abraçou de uma maneira tão intensa que eu me emocionei, não conseguia entender o que estava sentindo (Estudante de Nutrição).

No quarto termo, a ênfase foi possibilitar aos estudantes experiências de intervenção em grupos. Nesse módulo equipes de estudantes de diferentes áreas elaboraram e implementam ações de promoção à saúde com grupos populacionais<sup>11</sup>. As atividades de campo incluem a participação dos estudantes na pactuação com as equipes dos serviços e usuários e nas avaliações das ações realizadas. Na sua implantação, também se explicitaram tensões que diziam respeito a diferentes concepções do trabalho em equipe, das práticas de educação e de promoção e da proposta pedagógica. Da mesma forma, como ocorrido com os módulos anteriores, os resultados observados nos grupos e nos estudantes indicaram a importância das atividades propostas.

No final do segundo ano de implantação, no entanto, muitos docentes dos cursos não quiseram continuar a participar do eixo. Um conjunto de dificuldades ocorria para viabilizar as atividades de campo para um número significativo de estudantes (cerca de 250 por semestre) e eram necessárias diversas reuniões com as equipes dos serviços para o planejamento e organização das atividades. As questões que surgiam no campo e nas supervisões demandavam muitos espaços coletivos de discussões que, em geral, eram tensos, pois explicitavam diversas concepções sobre o ensino e das práticas em saúde.

<sup>11</sup> Maiores detalhes sobre este módulo podem ser acessados em: AZEVEDO, A. B.; PEZZATO, L. M.; MENDES, R. Formação interdisciplinar em saúde e práticas coletivas. *Saúde debate*, Londrina, v. 41, n. 113, p. 647-657, 2017.

Seguimos para o módulo do terceiro ano com um grupo de docentes, na sua maioria, recém-chegados ao campus. Nesse módulo, a perspectiva foi avançar nas ações de cuidado em equipe. Estudantes, orientados por duplas de docentes, foram divididos em miniequipes, para implementarem projetos de intervenção/terapêuticos de cuidado, ao longo do semestre, em geral, em atendimentos domiciliares. As atividades de ensino ocorrem em diferentes territórios, articulados com equipes das unidades de atenção básica, mas também em unidades da rede de saúde mental (CAPS), enfermaria de hospital e numa ONG. Quase todo o módulo é realizado no campo, onde também são realizadas as supervisões por uma dupla de docentes.

Na implementação dos projetos de cuidado as tensões entre o específico e o comum emergiram com muita intensidade. Surgiam questões tais como: “poderiam os estudantes, ainda sem uma formação técnica específica consolidada, realizarem projetos de intervenção/terapêuticos de cuidado? Como docentes poderiam orientar estudantes de outras áreas profissionais em suas intervenções?”.

Foi particularmente difícil a implementação desse módulo que exigiu de todos nós deslocamentos, delicadas composições e diferentes arranjos para manter o envolvimento de todas as áreas profissionais. À medida que avançávamos nas ações de cuidado, que se explicitavam os aspectos ético-políticos envolvidos nas práticas, aumentavam as tensões. Os debates eram intensos nas reuniões docentes e havia tolerâncias diferentes para as discussões: para alguns as reuniões eram insuficientes, para outros, excessivas e sem objetividade. Os desafios foram imensos para seguir avançando na construção do comum. Os efeitos percebidos nos estudantes e nas pessoas acompanhadas, no entanto, nos incentivaram a prosseguir.

As situações selecionadas pelas equipes das unidades, em geral, envolviam pessoas/famílias com problemas crônicos (diabetes, hipertensão, obesidade, sequelas de AVC, entre outros) e complexas questões, tais como: um senhor biamputado em decorrência de complicações do diabetes, que morava no quarto andar de um prédio sem elevador e era cuidado por sua esposa que apresentava problemas de memória; uma senhora com diversas complicações decorrentes de uma obesidade de grau III, que não suportava abordagens relacionadas ao controle do peso.

Nessas situações, os limites de ações profissionais prescritivas se explicitavam bem como os vazios assistenciais, as dificuldades de acesso dos usuários a recursos de diversas ordens, as fragilidades das redes sociais, familiares e da rede de serviços, entre outros. As experiências de acompanhamento permitiam perceber que nem sempre as intervenções mais significativas para melhorar a situação de saúde dependiam de um conhecimento técnico específico:

(...) você acha que a paciente está com depressão e você vai curar a depressão dela, (...), eu fiz lá um inventário técnico, descobri a escala de depressão dela, (...) mas não teve nenhum efeito assim, o que mais foi legal foi a gente ter organizado os remédios para ela, (...) e evitou um monte de problemas porque ela tomava os remédios errados (...) (Estudante de psicologia).

Nos acompanhamentos realizados foi possível vivenciar potências do trabalho conjunto. A depender da composição dos estudantes e dos encontros que conseguem estabelecer com os usuários, muitas ações de cuidado vão sendo inventadas, que não são atributos de nenhuma área profissional específica: ler poesias, tocar violão, cantar ou ouvir músicas com os usuários, fazer caminhadas no bairro, trabalhar com atividades corporais, massagens, realizar adaptações para ampliar a autonomia no cotidiano, acionar redes de apoio, reconhecer com os usuários recursos do território (grupos e atividades), fazer passeios para a praia, para parques, ver exposições, filmes, são algumas delas.

(...) foi marcante uma experiência com uma senhora analfabeta, que a gente fez a linha da vida com ela, um recurso de psicologia, (...) a gente relatou em figuras, a história de vida dela. Fez um livro e quando ela abria e ela chorava. (...) se eu tivesse talvez a formação tradicional de nutrição eu nunca pensaria em algo assim (...) Então, acho que abre muito o nosso olhar (...) foi significativo e interessante (Estudante de Nutrição – pesquisa LEPETS).

No decorrer do tempo, os docentes foram constituindo modos de trabalhar em conjunto, com diferentes composições, experimentações e arranjos para acompanhamento dos casos e orientação/supervisão dos estudantes. Atualmente, é nesse módulo que temos mais facilidade em manter a participação dos docentes das áreas profissionais. O que os mobiliza a permanecer parece ser justamente os desafios e as aprendizagens no acompanhamento em conjunto das situações selecionadas, nos exercícios de uma clínica em comum:

(...) é muito interessante pois tenho aprendido muito, me surpreendo com o que os estudantes vão propondo, coisas que eu não tinha pensando e fazem muita diferença na vida das pessoas (...) (docente de eixo específico – pesquisa LEPETS).

A vinculação das duplas de docentes aos serviços e as possibilidades de articulação com atividades de estágio e residência, que permitem acompanhar os efeitos das ações de cuidado iniciadas pelos estudantes, também parecem contribuir para a permanência dos docentes no módulo.

No projeto pedagógico do Campus estava previsto que o eixo TS iria percorrer todos os anos da formação, porém não conseguimos avançar para o momento dos estágios. O conselho de graduação do campus considerou que prioritariamente deveriam ser viabilizados os estágios de cada área atendendo as exigências regulatórias das suas profissões<sup>12</sup>. Além do mais, havia dúvidas sobre as estratégias de ensino do eixo e se valeria a pena avançar para estágios integrados.

Foram os retornos que recebemos sobre os nossos estudantes que possibilitou sustentar e avançar na experiência de formação. Os preceptores de estágios e dos programas de residência indicavam que os estudantes do campus se diferenciavam em relação aos demais: “(...) dá para perceber que eles têm mais facilidade de interação com os usuários, não têm medo de falar com as pessoas, não têm medo de falar com a família. No hospital eles pensam na alta, qual unidade vai receber, como vai seguir o acompanhamento”. Destacavam que os nossos estudantes se diferenciavam pela maturidade, a sensibilidade, a flexibilidade, a capacidade de observação e de escuta, de reflexão crítica e a responsabilização.

Os efeitos identificados nos estudantes, obviamente não são decorrentes exclusivamente das atividades do eixo. No campus existe uma série de outras ofertas que contribuem para ampliar a sensibilidade e para produzir deslocamentos nos modos predominantes de pensar, tais como: laboratório de sensibilidades, ciclos de cinema, rádio da universidade, atividades de dança, coral, atividades de música, festivais, entre outros. Mas, as experiências propiciadas pelo eixo foram destacadas como marcantes nessa formação.

Parece ser no conjunto de experiências “positivas” e “negativas” que a aprendizagem se realiza, que os estudantes adquirem certo traquejo para lidar com a complexidade envolvida no trabalho em saúde. Num interjogo entre experimentações e teorizações o aprendizado se efetua de modo processual e diverso para os envolvidos. Atualmente, podemos dizer que há o reconhecimento no conjunto do campus e dos profissionais dos serviços que se trata de uma proposta de formação importante.

Vale destacar, que atualmente são muitos estudantes (cerca de 800) e docentes que circulam nos serviços a cada semestre. Apesar de grande parte das atividades dos estudantes ocorrerem nos domicílios e nos territórios, há uma razoável demanda para os profissionais dos serviços. A vinculação dos docentes às equipes dos serviços e a articulação com as atividades de estágios e residência têm sido valiosas para sustentar as propostas de ensino do eixo. Projetos como o PRO-Saúde, os PET-Saúde com bolsas para preceptores; ofertas de cursos de especialização (Educação Permanente, Humanização, Formação e Cuidado em Rede); o mestrado profissional; pesquisas conjuntas têm contribuído para avançarmos na parceria com os profissionais da rede, apesar de ainda termos muito a fazer nessa área.

<sup>12</sup> Somente agora, depois de oito anos, é que conseguimos retomar a discussão sobre implementar um estágio integrado, porém eletivo.

## Algumas questões que insistem

No decorrer dos anos, vários docentes dos cursos se retiraram do eixo, mas muitos permanecem, apesar de considerarem ser um trabalho muito exigente. Como apontamos anteriormente, as atividades de ensino não conseguem ser plenamente planejadas, sendo inerentes: as incertezas, o imprevisto, o contato com situações que explicitam os limites do “seu saber”. O trabalho docente no eixo exige constantes deslocamentos: dos espaços tradicionais da universidade, dos seus núcleos de saber, mas principalmente dos seus “mundos de visão”. Os desafios são diferentes em cada situação acompanhada e com cada turma de estudantes. Parece, no entanto, ser justamente os desafios desta proposta de formação e os efeitos em todos os envolvidos, que os mobiliza a seguir participando do eixo.

Podemos dizer que os docentes do eixo se constituem na experiência. Os espaços coletivos de discussão são importantes, mas é a possibilidade de estarem com outros docentes no cotidiano das práticas de ensino e de cuidado, de experienciarem outros modos de fazer, outra clínica, que constitui um diferencial importante. Ao realizarem intervenções de cuidado - com outros docentes, estudantes e equipes - vivenciam a potência da composição das diferentes áreas de conhecimento. Fica evidente que nesta experiência de formação ocorre um intenso processo de educação permanente, em ato, com todos os envolvidos.

A potência da experiência de trabalho conjunto também se capilariza para outras atividades dos docentes. Interessante notar que as composições entre os docentes ocorrem de formas inusitadas, pois dificilmente docentes com trajetórias e perspectivas tão diferentes estariam trabalhando juntos. Hoje, no campus, temos um número significativo de projetos interprofissionais de extensões e de pesquisas, que acontecem também nos territórios e nos serviços.

Durante muito tempo, pairavam dúvidas em relação à aposta de composição do eixo com os docentes das várias áreas profissionais. Muitos avaliavam que deveria ser contratado um número maior de docentes para atuarem exclusivamente no eixo, de preferência do campo da saúde coletiva. No entanto, nos parece claro que se a opção fosse essa estaríamos mais empobrecidos e não teríamos a capilaridade que alcançamos. Atualmente temos cerca de 40 docentes no eixo, sendo que apenas nove (do campo da saúde coletiva) foram contratados exclusivamente para o eixo. Os demais (cerca de 35) são docentes que desenvolvem parte de suas atividades de ensino nas suas áreas profissionais específicas e, outra parte, nos módulos do eixo.

No entanto, apesar das definições institucionais sobre o número de docentes de cada curso a serem envolvidos nos módulos do eixo, a cada semestre há dúvidas e incertezas da manutenção das pactuações, principalmente quando há restrições no qua-

dro de docentes dos eixos específicos (afastamentos por doenças, para capacitações, entre outros). As intensas demandas para a pós-graduação, pesquisas, publicações, também disputam o tempo disponível dos docentes para a graduação, em especial para espaços de reuniões docentes.

É uma proposta de formação que necessita de espaços constantes de avaliação, análise e debates sobre as questões vivenciadas. Temos inventado outros arranjos para possibilitar alguns encontros docentes durante o semestre, com reuniões mais curtas ao final das atividades de aula. Atualmente, apenas nos módulos do terceiro ano é que mantemos as duplas de docentes durante todas atividades. Nos demais módulos, vamos compondo alguns momentos conjuntos em sala de aula ou nas supervisões.

Muitos têm sido os desafios para manter institucionalmente do projeto. No decorrer deste período ocorreram muitas mudanças: de gestores da universidade, coordenadores de curso, gestores do município que exigem sempre novas pactuações, sempre instáveis. No entanto, percebemos que a sustentabilidade da proposta e sua força estão também na capilaridade que conseguiu ser estabelecida, na micropolítica. Consideramos que a aposta na clínica “comum” e na composição com os docentes dos vários cursos se mostrou acertada. No cotidiano, no “fazer” junto, nos inúmeros encontros informais fomos tecendo uma rede de vários, que se envolvem e implicam com esta formação e a sustentam.

Ao longo destes anos, ocorreram diversas experimentações, composições e reorganizações a partir das questões que emergiram na experiência. Apresentei aqui apenas algumas camadas, mas existem tantas outras. O que temos aprendido é que essa é uma construção que deve ser tecida por muitos e que precisamos todos nos deslocar, desaprender, fazer movimentos de saída das nossas fôrmas. Seguimos buscando manter essa multiplicidade, espaços para o pensamento e a intensidade e riqueza desta experiência. Os retornos dos nossos formandos, como a que apresentamos no início e a seguir, nos animam a continuar...

Felizmente, na faculdade aprendi que teoria não é tudo e que nem tudo precisa se encaixar nelas. Me assusta ver profissionais tão seguros de si e de suas teorias e, muitas vezes, tão distantes de seus usuários/pacientes. (...) Eu sinto que posso dar lugar aos encontros, viver os encontros com os usuários com quem vivencio tantas coisas. Posso sentar e tomar um café em uma visita domiciliar sabendo a importância que existe em “apenas” sentar e tomar um café na casa de alguém. Essas marcas foram da formação em saúde, da minha formação na universidade. Talvez eu tenha saído com algumas faltas, alguns buracos. De fato, uma formação não tem como ser completa e tenho certeza que tiveram muitas faltas. (...) No meu trabalho enfrento muitas dificuldades, mas

sei que o mais valioso que carrego comigo é a crítica. Poder me olhar criticamente, olhar as instituições criticamente. Ter uma postura crítica e saber me posicionar. Quanto ao saber, vivo intensamente essas dúvidas no meu cotidiano do trabalho, será que eu sei fazer, será que o que estou fazendo está correto, será esse o melhor caminho? Acredito que isso é muito rico, pois se eu tivesse uma prática já determinada, talvez eu não pudesse me colocar tão disposta ao cuidado com os usuários do serviço. Minha militância é diária, minha luta pelos direitos está na minha prática clínica. Isso com certeza aprendi na formação! Estar nas ruas, andar pelo território, brigar pelos direitos dos usuários, construir a rede a cada dia, está longe de ser algo fácil, porém está na leveza do meu fazer, na naturalidade do que aprendi na formação. (...) Entendo que a minha formação embutiu, acho que na carne, essa atenção e uma delicadeza ao encontrar o outro. Se algo me tornou natural, seria a única certeza de que se sabe muito pouco quando nos deparamos com a vida de outra pessoa” (narrativa de uma profissional formada na primeira turma do Campus Baixada Santista, Unifesp<sup>13</sup>).

---

<sup>13</sup> A narrativa foi traduzida do artigo: CASETTO, S. J. et al. A good training based on insufficiency: work in health care as an ethics. *Journal of Health Psychology*, Thousand Oaks, v. 21, p. 291-301, Mar. 2016.



# ATIVIDADE DE ENSINO INTEGRADORA DOS CURRÍCULOS NA GRADUAÇÃO EM SAÚDE: ENTRE O MULTIPROFISSIONAL, O INTERDISCIPLINAR E O INTERPROFISSIONAL

*Luciane Ines Ely  
Ramona Fernanda Ceriotti Toassi*

## *I n t r o d u ç ã o*

No Brasil, as mudanças observadas nos currículos dos cursos da área da saúde promovidas por políticas de saúde e de educação, desde que o Sistema Único de Saúde (SUS) foi estabelecido, intensificaram o debate acerca da formação de profissionais que pretendam atuar em um modelo de integralidade do cuidado.

Nesse contexto, propostas curriculares inovadoras, integradas ou de base interdisciplinar começam a se destacar no país (BRAID; MACHADO; ARANHA, 2012), trazendo para a pauta de discussões a necessidade de uma formação em saúde que transcenda os fazeres individualizados de cada profissão. Assume-se, assim, a importância do trabalho em equipe e da compreensão contextualizada e ampla dos processos de saúde-doença (FEUERWERKER; CAPAZZOLLO, 2013; BATISTA et al., 2013).

Na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), a influência das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em saúde e dos programas ministeriais indutores de mudanças na graduação – como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) (BRASIL, 2007) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) (BRASIL, 2008) – possibilitaram o ensino junto aos serviços do SUS, de modo especial, no período dos estágios curriculares, além da qualificação das relações de integração ensino-serviço-comunidade. É uma formação que aproxima o estudante de graduação do conhecimento em relação ao funcionamento dos serviços públicos de saúde e do trabalho em equipe multiprofissional, possibilitando o desenvolvimento de competências para a autonomia na resolução de problemas (TOASSI et al., 2013; BATISTA et al., 2015).

Para além dos estágios específicos de cada um dos cursos de graduação, a inovação e o desafio na educação dos profissionais da saúde concentraram-se na superação do modelo tradicional de formação organizado em núcleos, onde as oportunidades de aprendizagem compartilhada são escassas ou inexistentes, formando profissionais possivelmente com práticas também fragmentadas e isoladas.

Com a intenção de avançar em propostas curriculares compartilhadas entre diferentes cursos da saúde, em 2012, é oferecida na UFRGS a atividade de ensino Práticas Integradas em Saúde I, a 'disciplina integradora'. A iniciativa é multiprofissional, reunindo estudantes e professores de diferentes cursos de graduação, busca a interdisciplinaridade ao mesmo tempo em que tem potência para o desenvolvimento de uma experiência interprofissional. Acontece em cenários de prática da Atenção Primária à Saúde (APS) – Unidades de Saúde da Família – de um dos distritos docente assistencial da UFRGS, o distrito Glória-Cruzeiro-Cristal (TOASSI; LEWGOY, 2016). Quinze cursos participam da proposta da disciplina, sendo 14 da área da saúde (Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Saúde Coletiva, Serviço Social) e o curso de graduação em Políticas Públicas.

Em 2017, a compreensão dos significados da vivência na disciplina integradora foi tema de dissertação do Programa de Pós-graduação em Ensino na Saúde (PPG EnSau) da UFRGS, confirmando que a experiência de ensino se apresenta como um potente cenário para o desenvolvimento da educação interprofissional na graduação (ELY, 2017).

Entendendo a importância político-institucional de uma disciplina compartilhada entre estudantes e professores de diferentes profissões para a inte(g)ração entre os cursos da saúde, este texto propõe-se a discutir as aproximações conceituais de interdisciplinaridade, multi e interprofissionalidade, bem como a análise do processo de implementação, desenvolvimento e perspectivas da disciplina integradora na UFRGS.

## **Multiprofissionalidade, interdisciplinaridade e interprofissionalidade: o que diferencia e o que aproxima esses conceitos no ensino de graduação em saúde?**

As inovações impulsionadas pelas políticas públicas já mencionadas, além de promoverem maior aproximação entre universidade e o contexto do SUS, também fomentaram a necessidade de inte(g)ração entre os cursos da saúde. Somado a isso, a compreensão da integralidade da atenção como eixo central do trabalho e do ensino na saúde coloca o trabalho interdisciplinar e interprofissional como uma necessidade fundamental no processo de formação em saúde.

O conceito da interdisciplinaridade já é conhecido no Brasil, mas o mesmo não se pode afirmar sobre o conceito da interprofissionalidade. Iniciativas de inte(g)ração curricular recebe(ra)m o nome de interdisciplinaridade, multiprofissionalidade e, mais recentemente, entra em pauta o conceito de interprofissionalidade. Qual é a diferença entre os conceitos multiprofissional e interprofissional? Entre interdisciplinar e interprofissional? Que aproximações são possíveis?

Nos espaços escolares e universitários o saber científico está fragmentado em inúmeras disciplinas divididas em especialidades e em subespecialidades. A organização da ciência com a fragmentação do objeto é compreendida como disciplinaridade (ALMEIDA FILHO, 2000). A disciplina é uma estratégia de organização do saber para a compreensão dos fenômenos, com métodos, teorias e conceitos com fronteiras delimitadas (FURTADO, 2007).

O conhecimento construído disciplinarmente limita a uma única perspectiva de ver e analisar os fatos, fragmentando a realidade, e por consequência, alimenta níveis de percepção e de consequência dos sujeitos envolvidos muito limitados (FAZENDA, 2008). O conhecimento organizado em disciplinas estanques não responde a complexidade das situações que se apresentam. A superação da disciplinaridade requer a inte(g)ração entre os campos disciplinares (ALMEIDA FILHO, 2000).

A interdisciplinaridade pressupõe uma relação dialógica, de cooperação intelectual, de integração e mudança de atitude em relação ao conhecimento. Viabiliza o trabalho conjunto a partir de um projeto comum que ajude na superação das fronteiras dos núcleos de saberes, explorando várias relações e possibilidades. Num currículo de pressupostos interdisciplinares, diferentes saberes são reconhecidos e contextualizados, ou seja, o objeto do conhecimento não pode ficar enclausurado numa disciplina ou numa realidade pesquisada (MORAES, 2010). A interdisciplinaridade se refere aos conhecimentos, ao modo de pensar (MORIN, 2005). Consiste na interação de duas ou mais disciplinas em relação às suas ideias, tarefas, campos conceituais (ANASTASIOU, 2005).

A multiprofissionalidade e a interprofissionalidade se referem à prática profissional. A educação multiprofissional ocorre “quando duas ou mais profissões aprendem lado a lado por qualquer motivo” (BARR, 2005, p. 6). Já a educação interprofissional são “ocasiões em que duas ou mais profissões aprendem uns com os outros para melhorar a colaboração e qualidade dos cuidados” (BARR, 2005, p. 6). A primeira pressupõe que diferentes profissões estejam atuando juntas, mas não necessariamente havendo interação ou um propósito claro. Do contrário, a interprofissionalidade implica na interação entre as profissões com vistas à colaboração em torno de um objetivo comum (OMS, 2010); é uma resposta à segregação das profissões.

A perspectiva interdisciplinar não necessariamente estimula a colaboração entre diferentes profissões, mas sim entre áreas do conhecimento que podem ser até mesmo de uma mesma categoria profissional (THIESEN, 2008). A interdisciplinaridade pode ser um instrumento para a educação interprofissional, mas não sinônimo (BARR; LOW, 2013).

O que esses conceitos têm em comum? Ambas perspectivas têm em seu cerne a necessidade da inte(g)ração e de cooperação: de experiências, de saberes, das profissões. São respostas à fragmentação e segregação de saberes e de fazeres. Não são sinônimos, mas se complementam.

Como esses conceitos se articulam no ensino na saúde e nos serviços? Há um Sistema Único de Saúde que têm como orientação princípios de integralidade, equidade, universalidade e participação, com objetivo de alcançar uma abordagem integral do cuidado à saúde (BRASIL, 1990). Para tanto, é necessária a atuação integrada e colaborativa dos profissionais do SUS (PEDUZZI et al., 2013). Em outras palavras, para promover a integralidade, há que se proporcionar estratégias para melhorar as relações entre os profissionais e desenvolver competências para o trabalho em equipe, para o trabalho interprofissional colaborativo.

Por outro lado, para a disposição de práticas do trabalho em equipe mais democráticas, menos hierarquizadas e menos fragmentadas em direção à integralidade do cuidado em saúde, há que se repensar o processo de formação dos profissionais da saúde. O ensino em saúde no Brasil tem se comprometido com o desenvolvimento de profissionais para trabalho em equipe? Como os cursos de graduação estão preparando os estudantes na perspectiva da integralidade do cuidado? (BATISTA, 2012). Como as iniciativas das políticas públicas dialogam com os fazeres clínicos das diferentes profissões? Como os cursos estão desenvolvendo o trabalho interprofissional colaborativo?

O debate da articulação entre a formação de profissionais para exercerem suas atividades no modelo da integralidade do cuidado tem se intensificado, visto que o desenvolvimento da capacidade para o trabalho em equipe ainda é um dos aspectos nevrálgicos no processo de formação em saúde. As universidades organizam em núcleos o processo de formação de profissionais que necessitarão trabalhar em equipe (SILVA; SCAPIN; BATISTA, 2011).

A educação interprofissional (EIP) é um meio de desafiar essa forma comum de formação, a fim de encontrar respostas a nova configuração de contextos: “complexidade das necessidades de cuidado, a fragmentação do cuidado prestado pelas diferentes especialidades profissionais, bem como o imperativo de superar os esquemas tradicionais de ensino” (PEDUZZI et al., 2013, p. 979).

Conceitualmente, a EIP é definida como uma intervenção em que os membros de mais de uma profissão da saúde aprendem juntos, de forma interativa, com o propósito de melhorar a colaboração interprofissional ou a saúde e o bem-estar dos pacientes (REEVES et al., 2013). A EIP traz, ao estudante, a oportunidade de compreender mais claramente o trabalho como membro de equipe de prática colaborativa, aumentando a eficiência das equipes ao reduzir duplicidade de serviços (OMS, 2010).

Por que a EIP é importante? A EIP foi desenvolvida como uma forma de superar o desconhecimento e o preconceito entre as profissões, tendo em vista que, ao aprenderem em conjunto, as profissões saberão trabalhar melhor juntas, e, assim, melhorar a qualidade dos serviços prestados (BARR, 2005). É uma importante estra-

tégia para o desenvolvimento de profissionais preparados para o trabalho em equipe, prática fundamental para a integralidade do cuidado (BATISTA, 2013).

Na perspectiva de McNair (2005), para que o cuidado em saúde seja feito em equipe, no coletivo, a EIP estabelece, como ponto de partida, a prática do aprender junto sobre o trabalho em saúde. A EIP é uma metodologia educacional que privilegia a interdisciplinaridade, o trabalho em equipe e o comprometimento com a integralidade das ações, a partir da clareza e respeito às peculiaridades de cada profissão (BARR, 2005), e vem se apresentando “como uma forma de incentivar novas relações entre os profissionais de saúde, por meio da colaboração” (COSTA, 2014, p. 26).

Os princípios da EIP se aplicam tanto para a formação profissional quanto para a educação permanente dos profissionais da saúde (BARR, 2005), para a formação do trabalho colaborativo em saúde, fundamental para a integralidade do cuidado (ROSSIT; BATISTA; BATISTA, 2014). O trabalho colaborativo “ocorre quando vários profissionais de saúde fornecem serviços integrais, trabalhando em conjunto, de forma articulada, juntamente com os pacientes, suas famílias e comunidades, para proporcionar a mais alta qualidade de atendimento” (OMS, 2010, p. 7).

Como proposta pedagógica, a EIP deve ser complementar a educação uniprofissional e/ou multiprofissional, mantendo as especificidades de cada área da saúde e reforçando a identidade dos profissionais que estão aprendendo juntos (BARR, 2005). A interprofissionalidade complementa o núcleo de formação. O núcleo de formação está relacionado às singularidades que definem a identidade de cada profissão. O campo de formação diz respeito às responsabilidades e saberes comuns das profissões (CAMPOS, 1997).

A EIP baseia-se nas teorias clássicas da aprendizagem de adultos (BARR, 2005), despertando o pensamento crítico e reflexivo, incentivando a autonomia e a aprendizagem ao longo da vida. Uma característica chave para a EIP são os métodos de aprendizado que permitem a interatividade e a colaboração (REEVES, 2016). Resultados de revisão sistemática mostra que as estratégias pedagógicas mais utilizadas são aprendizagem baseada em problemas, em seminários e em simulação / dramatização, devendo estar de acordo com os recursos disponíveis, os objetivos da iniciativa e o perfil dos participantes. A combinação de diferentes métodos pode contribuir para melhorar a aprendizagem (REEVES, 2016).

Barr et al. (2016) lembram que nenhum método de ensino e aprendizagem é suficiente. Independente de qual for o método de escolha, deve ser ativo, reflexivo e centrar-se no paciente, criar oportunidades de comparar e contrastar papéis e responsabilidades, conhecimentos e habilidades.

Para o desenvolvimento de atitudes positivas, Carpenter (1995), entende que há necessidade de criar oportunidades para que os estudantes possam expressar-se

abertamente, compartilhando suas opiniões, além de disponibilizar tempo para refletir sobre o papel de cada um em uma equipe.

Gill e Ling (1995)<sup>14</sup> apud Oandasan e Reeves (2005), sugerem que o aprendizado efetivo na EIP seja constituído por grupos de cerca de 8 a 10 membros, assegurando uma combinação igual de profissionais, visto que se o grupo tiver mais membros de uma determinada profissão a interação pode ser inibida pela dominação do grupo profissional maior.

A imersão em experiência prática é recomendada por Schön (1987), para oportunizar movimento de 'reflexão em ação', para a possibilidade de modificar a ação enquanto ela está sendo realizada, bem como o movimento de 'reflexão sobre a ação', para refletir sobre a ação já realizada e compreender como chegaram aos resultados.

A EIP pode ser abordada em oportunidades de aprendizagem informal ou formal. É possível organizar atividades informais de aprendizagem em um programa interprofissional ou o aprendizado pode ocorrer mesmo em encontros informais, sem planejamento prévio, como resultado de uma iniciativa interprofissional. São nos momentos informais que os estudantes se encontram socialmente e discutem aspectos voltados ao seu processo de educação formal (REEVES, 2016).

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2010) sugere que as atividades de EIP tenham o mesmo peso da formação específica de cada profissão, pois a EIP voluntária ou eletiva pode ficar subentendida como de menor importância, reduzindo o comprometimento dos estudantes.

A avaliação da aprendizagem em iniciativas de EIP deve estar baseada em demonstrações da competência colaborativa. Exemplos de métodos utilizados são os diários reflexivos, registros de aprendizagem e portfólios (BARR et al., 2016).

Em relação à avaliação das experiências de EIP, a literatura menciona dois principais instrumentos: o Questionário com Escala de Percepção da Experiência Interprofissional – IEPS (Interdisciplinary Education Perception Scale) e o questionário para avaliação de atitudes e prontidão – RIPLS (Readiness for Interprofessional Learning Scale) (LIE et al., 2013), validado para língua portuguesa falada no Brasil por Peduzzi et al. (2015).

Qual o melhor momento para introduzir a EIP nos percursos de formação dos estudantes dos cursos de saúde? Pesquisas têm encontrado diferentes respostas para essa questão. Recomenda-se que a EIP deva ser introduzida nos primeiros dois anos da formação, com o argumento que o estudante possa desenvolver atitudes e com-

---

<sup>14</sup> GILL, J.; LING, J. Interprofessional shared learning: a curriculum for collaboration. In: SOOTHILL, K; MACKAY, L.; WEBB, C. (Ed.). **Interprofessional relations in health care**. London: Edward Arnold, 1995.

portamentos positivos ao conhecer e se relacionar com outros profissionais (HORAK; O'LEARY; CARLSON, 1998; LEAVISS, 2000). Há, no entanto, o entendimento de que a EIP deva ocorrer quando o estudante estiver em momento mais avançado da sua formação, visto que os estudantes devam estar seguros em seus papéis profissionais antes de poderem atuar como membros da equipe (PARSELL; BLIGH, 1998).

Para Oandasan e Reeves (2005), não há uma receita, a priori, para saber quando é o melhor momento de introduzir a EIP na graduação. Diferentes tipos de oportunidades de aprendizagem compartilhada usando modelos uni, multi ou interprofissionais devem fazer parte do processo de formação. Para Harden (1998), o melhor método para a aprendizagem das competências específicas da profissão é a estratégia educacional uniprofissional. Mas é preciso avaliar que podem haver momentos em que é mais vantajoso usar uma abordagem multi ou interprofissional. Para a escolha da estratégia de aprendizagem uni, multi ou interprofissional, é necessário refletir sobre os objetivos pretendidos, o contexto da aprendizagem, o estágio/fase da educação, o ambiente, o perfil dos participantes, a abordagem de aprendizagem e os tópicos ou assuntos a serem abordados (HARDEN, 1998; JOHNSTON; BANKS, 2000; OANDASAN; REEVES, 2005).

As ações interprofissionais podem se apresentar em três níveis: o nível macro, o nível médio, e o nível micro. O nível macro está relacionado às políticas mais gerais de reorientação da formação; o nível médio, aos desenhos curriculares e programas dos componentes curriculares; e o nível micro, às relações e interações interpessoais e interprofissionais (REEVES, 2016).

A legislação tem importante impacto no desenvolvimento, implementação e sustentabilidade da EIP, tendo em vista que “mudanças legislativas podem influenciar a forma como os profissionais de saúde são ensinados, acreditados, regulamentados e remunerados” (OMS, 2010, p. 31). No contexto brasileiro, em nível macro, é possível perceber importantes mudanças que estimulam a adoção da EIP nas instituições formadoras. A exemplo disso estão as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Medicina, o primeiro curso da saúde a incluir no texto de suas diretrizes a educação para o trabalho interprofissional (BRASIL, 2014).

Tanto no nível macro, como no médio e no micro, é fundamental que haja um forte e consistente apoio institucional. Destacam-se, nessa perspectiva, uma equipe docente capacitada que apoie a EIP, políticas institucionais e recursos para desenvolver e implementar a EIP, investimento em conhecimento sobre EIP e disseminação da proposta, tempo para planejamento e boa comunicação entre os envolvidos na proposta de EIP (REEVES, 2016).

A questão da formação continuada dos docentes é ressaltada pela literatura, a fim de facilitar e ressignificar o conhecimento sobre mediação interprofissional. Colegas mais experientes, por exemplo, podem ajudar a desenvolver habilidades da EIP, além de opor-

tunidades regulares e contínuas de discussão e reflexão dos facilitadores da EIP (LINDQVIST; REEVES, 2007).

Em 2010, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou o documento 'Marco para a Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa' (OMS, 2010), apresentando uma série de itens no nível da prática e de sistemas que podem auxiliar na implementação de políticas da educação interprofissional e a prática colaborativa, resultado de estudos de pesquisadores de diversas áreas de vários países. O documento apontou a colaboração interprofissional em educação e prática como uma potente estratégia de redução da crise mundial na força de trabalho na saúde. Afirmou que muitos anos de pesquisa evidenciam que "a educação interprofissional eficaz proporciona a prática colaborativa eficaz" (OMS, 2010, p. 7). O texto apresenta um mapeamento de iniciativas de EIP em vários países, indicando, no Brasil, a Estratégia da Saúde da Família, pilar da Rede de Atenção à Saúde no SUS, como uma iniciativa de EIP.

O SUS apresenta um caráter interprofissional, visto a articulação entre a formação e o sistema de saúde, gestão e controle social. A APS, principalmente a Estratégia da Saúde da Família, tem como premissa uma atuação integrada e colaborativa da equipe de profissionais de saúde: agente comunitário de saúde, enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, cirurgiões-dentistas e profissionais inseridos nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF (PEDUZZI, 2016). Outra relação do SUS com a EIP refere-se ao princípio da integralidade do cuidado. "A articulação no cuidado possibilita que um profissional conheça a ação do outro e agregue novos saberes à sua prática" (SILVA et al., 2015, p. 18).

Revisão de literatura realizada por Agreli, Peduzzi e Silva (2016) sobre a atenção centrada no paciente e a relação com a prática interprofissional colaborativa na APS revelou que, "à medida que os profissionais centram atenção no usuário e suas necessidades de saúde, operam simultaneamente um deslocamento de foco para um horizonte mais amplo e além da sua própria atuação profissional" (p. 905). Essa é uma das perspectivas da integralidade.

A formação dos profissionais e a atenção à saúde tem entre si uma relação recíproca, pois o que acontece na formação influencia na atenção à saúde e vice-versa. Para passar de um modelo uniprofissional para um modelo interprofissional de formação é preciso contar com serviços de saúde e uma rede de atenção à saúde que faça atenção integral na qual os estudantes possam desenvolver sua aprendizagem<sup>15</sup>.

Embora o cenário de prática brasileiro tenha um caráter interprofissional, tem muito a avançar na prática educativa interprofissional em cenários de formação. Nas universi-

<sup>15</sup> Fonte: Registro no Diário de Campo no dia 02/12/2016, baseado na fala da professora Marina Peduzzi durante o 2º Colóquio Internacional de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde, em Santos, São Paulo.



dades brasileiras há investimentos tímidos, ainda, na EIP. Destacam-se iniciativas da Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada Santista (BATISTA, 2012), a Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora - FCMS/JF (SILVA; SCAPIN; BATISTA, 2011), Universidade Federal do Sul da Bahia (ALMEIDA FILHO et al., 2014), a Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), em São Paulo. Também é possível destacar os Bacharelados Interdisciplinares em Saúde, com uma formação mais ampla e currículos mais flexíveis, além de iniciativas observadas na Universidade Federal do Sul da Bahia, Universidade Federal da Bahia e Universidade do Recôncavo Baiano.

Tais iniciativas apresentam-se de diversas formas no contexto brasileiro: arquiteturas curriculares interprofissionais, compartilhamento de disciplinas comuns entre diferentes cursos, adoção da interprofissionalidade nas residências multiprofissionais (COSTA, 2016).

Há, ainda, importantes desafios para a implementação da EIP. O “processo de formação é muito conteudista e dificulta a adoção de estratégias capazes de formar atitudes, habilidades e valores pautados na colaboração” (COSTA, 2016, p. 198). Além disso, a estrutura física e os desenhos curriculares corroboram para o funcionamento de cada curso em sua própria estrutura, legitimando a segregação. O maior desafio é a barreira cultural, que fortemente contribui na formação das identidades profissionais (COSTA et al., 2016).

Para Batista (2013, p. 62),

a concretização de propostas de educação interprofissional significa assumir uma nova organização curricular que priorize as discussões e as vivências conjuntas das diferentes profissões envolvidas no cuidado em saúde. Isso implica o desenvolvimento de uma cultura de ensino-aprendizagem caracterizada pelas trocas e saberes partilhados, estabelecendo espaços formativos mais significativos e comprometidos com a prática do trabalho em equipe.

Na UFRGS, a oportunidade de convivência e aprendizado compartilhado entre diferentes cursos em atividades de ensino na graduação expressa-se pela disciplina ‘Práticas Integradas em Saúde I’ (PIS I). Seu processo de implementação, desenvolvimento e perspectivas serão abaixo analisados.

## **A disciplina ‘Práticas Integradas em Saúde I’: processo de implementação, desenvolvimento e perspectivas**

A escrita sobre a implementação da disciplina PIS I na UFRGS lançou mão de análise documental. Foram pesquisados atas e registros de reuniões da Coordenadoria da Saúde (CoorSaúde) dos anos 2009, 2010 e 2011, Relatório do Grupo de Trabalho da

PIS I do ano de 2010, período em que a disciplina foi amplamente discutida e planejada. Outro documento analisado foi o livro 'A arte de ensinar e fazer saúde - Pró-Saúde II: relato de uma experiência', que conta o processo e os movimentos do Pró-Saúde II nessa Universidade (BUENO; TSCHIEDEL, 2011).

A proposta da atividade de ensino integradora parte de um contexto de articulações entre os cursos da saúde na UFRGS, a partir da criação da Coordenadoria da Saúde (CoorSaúde), órgão colegiado vinculado à Pró-Reitoria de Graduação. Constitui-se por um representante docente de cada um dos cursos da área de saúde da UFRGS indicado pela respectiva Comissão de Graduação; um representante da Pró-Reitoria de Graduação; representação discente eleita por seus pares na forma da lei; um representante dos servidores técnico-administrativos, no cargo de Técnico em Assuntos Educacionais das Unidades participantes da Coordenadoria, escolhido e indicado por seus pares (UFRGS, 2017a).

A CoorSaúde foi instituída em 2008 com o intuito de contribuir com propostas inovadoras de formação de profissionais da saúde, com forte atuação no setor da saúde. Propõe-se a desenvolver um Projeto Pedagógico Institucional que atenda às DCN dos cursos da saúde, incluindo a aproximação das relações da Universidade com o SUS, tendo em vista as necessidades sociais em saúde e o desenvolvimento de políticas públicas. Tem como foco a articulação entre os cursos da saúde, principalmente no que diz respeito à inserção dos estudantes nas redes de atenção à saúde (UFRGS, 2015).

Atas das reuniões da CoorSaúde entre 2009 e 2011 mostram que, já na primeira reunião de 2009, emerge o reconhecimento da origem da dificuldade de pensar atividades compartilhadas. "[...] a dificuldade de pensar em conjunto se deve ao fato de conhecermos pouco o trabalho do outro" (UFRGS, 2009), ressaltando a necessidade de sensibilização de docentes e discentes para a importância de atividades compartilhadas entre os cursos.

Assim, um grupo de trabalho foi organizado, envolvendo professores e técnicos em assuntos educacionais da Universidade, para a elaboração de proposta piloto de uma atividade de ensino que integrasse os cursos da saúde, com a premissa da utilização de metodologias ativas e vivências em cenários de prática, com a proposta de estar vinculada à CoorSaúde, e não a uma Comissão de Graduação ou Departamento (UFRGS, 2010a).

A intenção de vinculação à CoorSaúde não teve aprovação pela Pró-Reitoria de Graduação e pela Câmara de Graduação, ficando a disciplina, desse modo, vinculada à Comissão de Graduação do curso de Odontologia (BUENO; TSCHIEDEL, 2011; UFRGS, 2011).

A proposta inicial planejava a disciplina em três semestres, priorizando estudantes das etapas iniciais, com os seguintes objetivos: Prática Integrada I – Conhecer o contexto da comunidade e as demandas para a saúde; Prática Integrada II – Gestão de Políticas Públicas em diversas dimensões da comunidade (escola, centros comunitários, etc.) – re-

des de serviços/atendimento; e Prática Integrada III – Intervenção por meio de projetos (UFRGS, 2010b, BUENO; TSCHIEDEL, 2011).

O referido grupo de trabalho planejou a primeira etapa da disciplina, a 'Práticas Integradas I', realizando trocas de experiências sobre trajetórias de trabalho na saúde e na universidade, textos, projetos pedagógicos dos cursos. Esse grupo construiu o programa da disciplina, incluindo a discussão da proposta com profissionais do Distrito Glória-Cruzeiro-Cristal (UFRGS, 2010b).

A primeira das disciplinas integradoras foi implementada no primeiro semestre de 2012, iniciando com a participação de 45 estudantes de graduação dos cursos de Educação Física, Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Saúde Coletiva e Serviço Social.. Contempla, em sua ementa, estudos e experiências multiprofissionais e interdisciplinares em cenários do SUS, mais especificamente, Unidades de Saúde da Família (UFRGS, 2017b).

As atividades de ensino na PIS I estão organizadas em momentos de tutoria no território – grupos de até oito estudantes de graduação e dois professores tutores – tendo como premissa a multiprofissionalidade dos cursos e momentos de concentração. As atividades no território são, de modo geral, acompanhadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Nos momentos de concentração, estudantes, professores e profissionais dos serviços da saúde compartilham experiências e conhecimentos. O principal instrumento de avaliação da disciplina é o portfólio individual para o acompanhamento do processo de aprendizagem dos estudantes, incluindo a análise dos registros dos diários de campo (TOASSI; LEWGOY, 2016; UFRGS, 2017b).

De 2012 a 2017, a PIS I está compartilhada nos currículos de 15 cursos de graduação: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Políticas Públicas, Psicologia, Saúde Coletiva e Serviço Social., em caráter eletivo ou adicional, com quatro créditos, 60 horas (UFRGS, 2017b). A cada semestre são oferecidas quatro vagas por curso. Nesse período, cerca de 500 estudantes de diferentes cursos de graduação participaram da disciplina, a qual é marcada pela complexidade dos múltiplos olhares sobre os territórios das ESF, traz movimentos de multiprofissionalidade, de interdisciplinaridade e de interprofissionalidade que se mesclam, se sobrepõem, mas também se complementam nas narrativas de seus protagonistas (ELY, 2017).

A 'Práticas Integradas' configura-se como uma iniciativa contra-hegemônica ao modelo de formação uniprofissional, representando a única experiência curricular de integração entre cursos na graduação em saúde da Universidade. Traz a possibilidade de abrir fissuras nos processos instituídos (MERHY; ONOCKO, 1997), provoca estranhamentos,

desafios, aprendizagens e um conjunto de dúvidas e questões tramadas, tecidas entre os atores que dela participam.

## Considerações finais

A presença de atividades de ensino integradoras nos currículos da saúde que promovem a integração ensino-serviço-comunidade, como a PIS, permitem encontros que se traduzem em experiências curriculares com potencial para o desenvolvimento do trabalho colaborativo interdisciplinar e interprofissional.

São experiências que produzem vivências entre pessoas (estudantes, professores, profissionais e usuários do SUS) e profissões, o que descortina um conjunto de questões desafiadoras para sua consolidação e permanência. Entre os desafios, destaca-se o contexto/intencionalidade da instituição formadora para apoiar atividades de ensino interprofissionais em cenários de prática do SUS e sua lógica de organização, a proposta dos projetos pedagógicos dos cursos (possibilidade de atividades 'entre cursos'), o caráter de oferecimento das atividades de ensino (obrigatórias/opcionais/adicionais aos currículos), as estratégias pedagógicas das iniciativas, além da formação docente para atuar em atividades que incluam a educação interprofissional. Essas iniciativas de integração devem servir como 'bandeiras' contra a simplificação e 'encastelamento' dos saberes e fazeres, em favor do contextual, do complexo, o que inclui fomento para as discussões sobre a EIP nesta e nas demais Instituição de Ensino Superior do país.

Torna-se fundamental o investimento em pesquisas de avaliação e acompanhamento de tais atividades, em cada curso, com estudantes, professores, gestores universitários, e junto aos serviços de saúde, incluindo a análise de suas estratégias pedagógicas e de articulação com os serviços. Nesse processo, é essencial a valorização da percepção dos estudantes que dela participam ao longo de sua trajetória acadêmica.

## Referências

AGRELI, H. F.; PEDUZZI, M.; SILVA, M. C. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. **Interface (Botucatu. Impresso)**: comunicação, saúde, educação, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 905-916, 2016.

ALMEIDA FILHO, N. **A ciência da saúde**. Editora Hucitec: São Paulo, 2000.

ALMEIDA FILHO, N. et al. Formação médica na UFSB: I. Bacharelado interdisciplinar em saúde no primeiro ciclo. **Revista brasileira de educação médica**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 3, p. 337-348, 2014.

ANASTASIOU, L. G. C. **Processos de ensinagem na universidade**: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula. 5. ed. Joinville: Univille, 2005.

BARR, H. **Interprofessional education today, yesterday and tomorrow**: a review. London, UK: Higher education academy, health sciences and practice network, 2005. 47p. Disponível em: <[http://www.unmc.edu/bhecn/\\_documents/ipe-today-yesterday-tmmw-barr.pdf](http://www.unmc.edu/bhecn/_documents/ipe-today-yesterday-tmmw-barr.pdf)> Acesso em: 7 ago. 2017.

BARR, H.; LOW, W. **Introducing interprofessional education**. United Kington: Center for the advancement of interprofessional education (CAIPE), England, 2013.

BARR, H. et al. **Interprofessional education**: guidelines 2016. Centre for the advancement of interprofessional education (CAIPE), England, 2016.

BATISTA, N. A. Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. **Cadernos FNEPAS**, Rio de Janeiro, v. 2, p. 25-28, jan. 2012.

BATISTA, N. A. A educação interprofissional na formação em saúde. In: CAPOZZOLO, A. A.; CASETTO, S. J.; HENZ, A. O. (Orgs). **Clínica comum**: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 59-68.

BATISTA, N. A. et al. **A educação interprofissional na graduação em saúde**: preparando profissionais para o trabalho em equipe e para a integralidade do cuidado. Atas do IX Encontro Nacional de Pesquisa em Educação em Ciências (IX ENPEC), Águas de Lindóia, SP - 10 a 14 de novembro de 2013. Disponível em: <<http://www.nutes.ufrj.br/abrapec/ixenpec/atas/resumos/R1458-1.pdf>>. Acesso em: 7 ago. 2017.

BATISTA, S. H. S. S. et al. Formação em saúde: reflexões a partir dos Programas Pró-Saúde e PET-Saúde. **Interface (Botucatu. Impresso): comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 19, supl. 1, p. 743-752, 2015.

BRAID, L.; MACHADO, M.; ARANHA, A. Estado da arte das pesquisas sobre currículo em cursos de formação de profissionais da área da saúde: um levantamento a partir de artigos publicados entre 2005 e 2011. **Interface (Botucatu. Impresso): comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 16, n. 42, p. 679-692, set. 2012.

BRASIL. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)> Acesso em: 7 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Pró-saúde**: Programa Nacio-

nal de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07\\_0323\\_M.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0323_M.pdf)> Acesso em: 7 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 1802, de 26 de agosto de 2008.** Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pr1802\\_26\\_08\\_2008.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pr1802_26_08_2008.html)>. Acesso em: 7 ago. 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES 3/2014, de 20 de junho de 2014.** Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 23 de junho de 2014. Seção 1, p. 8-11, 2014. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category\\_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192)>. Acesso em: 7 ago. 2017.

BUENO, D.; TSCHIEDEL, R. **A arte de ensinar e fazer saúde:** UFRGS no Pró-Saúde II: relatos de uma experiência. Porto Alegre: Libretos, 2011.

CAMPOS, G. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes e saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde.** São Paulo: Hucitec, 1997. p. 229-266.

CARPENTER, J. Implementing community care. In: S00THILL, K.; MACKAY, L.; WEBB, C. (Eds.). **Interprofessional relations in health care.** London: Edward Arnold, 1995. p. 75-87.

COSTA, M. A. **Educação interprofissional como abordagem para a reorientação da formação profissional em saúde.** Natal, 2014, 142p. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde). Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Área de Concentração: Educação das Profissões de Saúde). Disponível em: <[https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/19808/1/MarceloVC\\_TESE\\_2014.pdf](https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/19808/1/MarceloVC_TESE_2014.pdf)>. Acesso em: 7 ago. 2017.

COSTA, M. A. A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. **Interface (Botucatu. Impresso): comunicação, saúde, educação,** Botucatu, v. 20, n. 56, p. 197-198, 2016.

ELY, L. I. **Vivência multiprofissional na graduação em cenários de prática do Sistema Único de Saúde:** a potencialidade para a educação interprofissional. 113 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde). Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2017.

FAZENDA, I. C. A. (Org.). O que é interdisciplinaridade? São Paulo: Cortez, 2008.

FEUERWERKER, L.; CAPAZZOLO, A. Mudanças na formação dos profissionais de saúde: alguns referenciais de partida do eixo TS. In: CAPAZZOLO, A.; CASETTO, S. J.; HENZ, A. O. (Orgs). **Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 35-58.

FURTADO, J. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface (Botucatu. Impresso): comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 11, n. 22, p. 239-255, ago. 2007.

HARDEN, R. M. AMEE Guide n.12: Multiprofessional education: Part 1 - effective multiprofessional education: a three-dimensional perspective. **Medical teacher**, London, v.20, no. 5, p. 402-408, 1998.

HORAK, B.; O'LEARY, K.; CARLSON, L. Preparing health care professionals for quality improvement: the George Washington University/George Mason University experience. **Quality management in health care**, United States, v. 6, no. 2, p. 21-30, 1998.

JOHNSTON, G.; BANKS, S. Interprofessional learning modules at Dalhousie University. *Journal of health administration education*, New Orleans, v. 18, no. 4, p. 407-427, 2000.  
LEAVISS, J. Exploring the perceived effect of an undergraduate multiprofessional educational intervention. **Medical education**, Oxford, v. 34, no. 6, p. 483-486, 2000.

LIE, D. et al. A comparison of two scales for assessing health professional student's attitude toward interprofessional learning. **Medical education online**, Michigan, v. 18, p. 1-10, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3849511/pdf/ME0-18-21885.pdf>>. Acesso em: 7 ago. 2017.

LINDQVIST, S.; REEVES, S. Facilitators' perceptions of delivering interprofessional education: a qualitative study. **Medical teacher**, London, v. 29, n. 4, p. 403-405, 2007.

McNAIR, R. The case for education health care students in professionalism as the core content of interprofessional education. **Medical education**, Oxford, v. 39, no. 5, p. 456-464. May 2005.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997.

MORAES, M. C. Complexidade e currículo: por uma nova relação. **Polis: Revista da Universidade Bolivariana**, Medellín, v. 9, n. 25, p. 289-311, 2010.

MORIN, E. **Educação e complexidade, os sete saberes e outros ensaios**. São Paulo: Cortez, 2005.

OANDASAN, I.; REEVES, S. Key elements for interprofessional education. Part 1: The learner, the educator and the learning context. **Journal of interprofessional care**, Abingdon, supl. 1, p. 21-38, May 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa**. Genebra: WHO, 2010. Disponível em: <[http://new.paho.org/bra/images/stories/documentos/marco\\_para\\_acao.pdf](http://new.paho.org/bra/images/stories/documentos/marco_para_acao.pdf)>. Acesso em: 7 ago. 2017.

PARSELL, G.; BLIGH, J. Interprofessional learning. **Postgraduate medical journal**, Oxford, v. 74, p. 89-95, 1998.

PEDUZZI, M. O SUS é interprofissional. **Interface (Botucatu. Impresso): comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 199-201, 2016.

PEDUZZI, M. et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 977-983, ago. 2013.

PEDUZZI, M. et al. Adaptação transcultural e validação da Readiness for Interprofessional Learning Scale no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. esp. 2, p. 7-15, 2015.

REEVES, S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. **Interface (Botucatu. Impresso): comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 185-96, 2016.

REEVES, S. et al. **Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update)**. Cochrane database of systematic reviews. Issue 3, 2013. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002213.pub3/pdf>>. Acesso em: 7 ago. 2017.

ROSSIT, R.; BATISTA, S. H; BATISTA, N. A. Formação para a integralidade do cuidado: potencialidades de um projeto interprofissional. **Humanidades medicas**, Camaguey, v. 3, n. 1, p. 55-56, 2014.

SCHÖN, D. **Educating the reflective practitioner**. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1987.

SILVA, J. et al. Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária em Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 49, n. esp. 2, p. 16-24, 2015.



SILVA, R.; SCAPIN, L.; BATISTA, N. Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. **Avaliação: revista de avaliação da educação superior**, Campinas, v. 16, n. 1, p. 165-184, mar. 2011.

THIESEN, J. A interdisciplinaridade como um movimento articulador no processo ensino-aprendizagem. **Revista brasileira de educação**, Belo Horizonte, v. 13, n. 39, p. 545-554, dez. 2008.

TOASSI, R.F.C. et al. Teaching at primary healthcare services within the brazilian National Health System (SUS) in brazilian healthcare professionals training. **Interface (Botucatu. Impresso): comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 17, n. 45, p. 385-92, abr./jun. 2013.

TOASSI, R. F. C; LEWGOY, A. M. B. Práticas Integradas em Saúde I: uma experiência inovadora de integração intercurricular e interdisciplinar. **Interface (Botucatu. Impresso): comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 20, n. 57, p. 449-461, jun. 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS). Coordenadoria da Saúde. **Ata da reunião da Coordenadoria de Saúde (Coorsaúde) no dia 13 de janeiro de 2009.**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS). Coordenadoria da Saúde. **Ata da reunião da Coordenadoria de Saúde (Coorsaúde) no dia 05 de março de 2010a.**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS). Coordenadoria da Saúde. **Relatório do grupo de trabalho da disciplina Práticas Integradas I**, 2010b.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS). Coordenadoria da Saúde. **Ata da reunião da Coordenadoria de Saúde (Coorsaúde) no dia 03 de junho de 2011.**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS). Pró-Reitoria de Graduação. **Coordenadoria da Saúde (CoorSaúde)**. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/coor-saude>>. Acesso em: 5 nov. 2015.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS). Pró-Reitoria de Graduação. **Coordenadoria da Saúde (Coorsaúde)**. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/coor-saude/coorsaude-1>>. Acesso em 7 ago. 2017a.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS). Faculdade de Odontologia. Comissão de Graduação de Odontologia. **Plano de Ensino da disciplina 'Práticas Integradas em Saúde I**. Porto Alegre: UFRGS, mar. 2017b.



Série Vivência em Educação na Saúde - Vol.6

# **Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?**

## **Sobre os autores e autoras**



## **Alcindo Antônio Ferla:**

Doutor em Educação, professor do Bacharelado e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS. e-mail: ferlaalcindo@gmail.com

## **Angela Aparecida Capozzolo:**

Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal de São Paulo (1981), mestrado em Saúde Coletiva (1997) e doutorado em Saúde Coletiva (2003) pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Desde 2005 é docente da Universidade Federal de São Paulo, Campus Baixada Santista, onde coordenou a implantação do eixo comum Trabalho em Saúde. Atualmente é professora associada, líder do Laboratório de Estudos e Pesquisas sobre Formação e Trabalho em Saúde (LEPETS) e atua na linha de Educação Permanente do Programa de Pós-Graduação de Ensino em Ciências da Saúde, modalidade profissional. e-mail: capozzolo.angela@gmail.com

## **Cláudia Brandão Gonçalves Silva:**

Graduada em Administração pelo Centro Universitário de Brasília. Especialista em Saúde coletiva pela Universidade de Brasília e em Políticas Públicas e Gestão de Sistemas de Saúde pela Universidade de Campinas. Diretora do Departamento de Gestão da Educação da Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (DDES/SGTES/MS). e-mail: claudia.brandao@saude.gov.br

## **José Rodrigues Freire Filho:**

Farmacêutico. Doutorando em Ciências pelo Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP). Consultor Técnico do Departamento de Gestão da Educação na Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde do Brasil (DEGES/SGTES/MS). e-mail: joserodrigues.saude@gmail.com

## **Luciane Ines Ely:**

Pedagoga. Mestra em Ensino na Saúde pelo Programa de Pós-graduação em Ensino na Saúde da Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Técnica em Assuntos Educacionais da UFRGS. e-mail: luciane.ely@progesp.ufrgs.br

## **Marcelo Viana da Costa:**

Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande

do Norte – Campus Pau dos Ferros. Docente do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Ensino na Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Coordenador do Grupo Executivo da Rede Brasileira de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde (ReBETIS). e-mail: vianacostam@yahoo.com.br

### **Marina Peduzzi:**

Professora Associada (livre-docente). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP). e-mail: marinape@usp.br

### **Ramona Fernanda Ceriotti Toassi:**

Cirurgiã-dentista. Mestra em Saúde Coletiva. Doutora em Educação. Professora do Programa de Pós-graduação em Ensino na Saúde da Faculdade de Medicina e do Departamento de Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). e-mail: ramona.fernanda@ufrgs.br

### **Ricardo Burg Ceccim:**

Sanitarista, Mestre em Educação, Doutor em Psicologia, Pós-Doutor em Antropologia Médica, Professor Titular UFRGS – Educação em Saúde, Pesquisador CNPq nível 2 – Educação e Ensino da Saúde. e-mail: burgceccim@gmail.com

### **Pareceristas desta publicação:**

Ramona Fernanda Ceriotti Toassi, Alcindo Antônio Ferla, Denise Bueno, Julio César Schweickardt.



### **Séries:**

- Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde
- Atenção Básica e Educação na Saúde
- Cadernos da Saúde Coletiva
- Clássicos da Saúde Coletiva
- Interlocuções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde
- Saúde Coletiva e Cooperação Internacional
- Arte Popular, Cultura e Poesia
- Saúde & Amazônia
- Branco Vivo
- Vivências em Educação na Saúde
- Economia da Saúde e Desenvolvimento Econômico
- Saúde, Ambiente e Interdisciplinaridade

### **Periódicos:**

Saúde em Redes

Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia



[www.redeunida.org.br](http://www.redeunida.org.br)

ISBN 978-856665980-1



9

788566

659801